Rok XLV. Kraków 21 Kwietnia 1906. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie pod dyrekcyą prof. dra M. Jakubowskiego.

Uwagi o tubusach celuloidowych i stosowaniu ich w leczeniu dławca[1]).

Podał

Dr. Adam Gettlich

I sekundaryusz spitala.

Zastosowanie celuloidu do wyrobu tubusów jest pomysłem niedawnym (Dr. Reich w Monachium). Dobre wyniki, otrzymane po półrocznem przeszło używaniu takich tubusów w klinice prof. Rankego w Monachium, a ogłoszone w lecie ubiegłego roku w „Münchener medizinische Wochenschrift", zachęciły nas do wypróbowania ich w szpitalu krakowskim. Od września mamy je w szpitalu św. Ludwika, a dotychczasowe doświadczenie każe je uznać za korzystny nabytek w leczeniu operacyjnem dławca.

Dotychczas używaliśmy prawie wyłącznie dwóch rodzajów tubusów pod względem materyału: metalowych i ebonitowych. Inne, jak kauczukowe, z karbowanemi ściankami (Fischer w Now. Jorku), aluminiowe (Tsakiris), t. zw. elastyczne, w których główka i dolny koniec są z metalu, zaś trzon z masy gumowej (Trumpp), dotąd nie przyjęły się w klinice. Metalowe, pierwotne O'Dwyera, lepsze co do budowy od tylu późniejszych zmian i niby — ulepszeń, mają niewątpliwie tę wadę, że są ciężkie. W przypadkach, w których tubus pozostawić musimy przez czas dłuższy, dalej u dzieci słabowitych, źle odżywionych lub niedokrwistych ciężar ciała obcego, jakiem jest tubus w krtani, nie jest rzeczą obojętną; w tych razach jest ciężar metalu z pewnością głównym powodem odleżyn, często głębszych owrzodzeń i tylu groźnych następstw. Już wprowadzenie ebonitu było z tego względu znacznym postępem. Górując nad metalowymi w wielu przypadkach, mają jednak tubusy ebonitowe poważną złą stronę, mianowicie, że z powodu kruchości i łamliwości materyału muszą mieć ściany grubsze, a wewnętrzną powierzchnię wysłaną warstwą metalu, czego następstwem wązkie światło rurki. Jestto wadą znaczną, nie pozwalającą użyć tubusa ebonitowego tam, gdzie są rozległe, lub grubsze, oddzielające się błony krupowe, lub wydzielina wprawdzie płynna, lecz obfita, lub choćby skąpa, lecz gęsta.

Tych dwóch zasadniczych wad nie ma tubus z celuloidu. Ciężar jego istotnie bardzo mały (porównaj załączoną tabliczkę[2]), a podatność i nawet pewnego stopnia elastyczność materyału pozwalają na to, żeby ściany były możliwie cienkie, a światło rurki tem samem szerokie. Wreszcie trzeci warunek, stawiany tubusom, jaknajwiększa gładkość

Nr.	Tb. metal.	Tb. ebonit.	Tb. celluloid.
1	5·75 grm.	1·23 grm.	0·85 gr.
2	6·00 „	1·53 „	0·94 „
3	10·14 „	2·90 „	1·46 „
4	9·67 „	3·35 „	2·05 „

obu powierzchni, jest tu całkowicie spełniony. Nasuwałby się zarzut, że tak lekki tubus łatwo będzie wykaszlany. Otóż według doświadczeń naszych tak nie jest. Używaliśmy tubusów celuloidowych w dwudziestu kilku przypadkach, a większość ich stanowiły te wszystkie, w których intubacyę wykonywano po raz drugi, lub kilkakrotnie. Podnieść należy przypadek, w którym tubus metalowy w przeciągu pierwszych 10 godzin został dwukrotnie wykrztuszony, a założony w jego miejsce celuloidowy zatrzymało trzechletnie dziecko przez następne $2^1/_2$ doby, t. j. do chwili wyjęcia go zapomocą ekstubatora. W ogóle, ile razy potrzeba było pozostawić tubus dłużej w krtani, t. j. zaraz po pierwszej nieudanej próbie ekstubacyi, zawsze używaliśmy tubusa celuloidowego, a ten spełniał zadanie należycie. Najdłuższym przeciągiem czasu, przez który tubus w krtani pozostawał, był okres 7 dni. Ani w tym, ani w żadnym innym przypadku nie stwierdziliśmy żadnych złych następstw, mogących być w związku z zabiegiem operacyjnym.

Wspomniane właściwości celuloidu sprawiają, że o napomnieniu O'Dwyera: „tubusa użyć raczej większego, niż mniejszego" (ważnem niejednokrotnie w tych razach, w których wahamy się w wyborze tubusa wobec widocznego niestosunku między przepisaną dla wieku dziecka skalą, a jego rozwojem fizycznym), powinien operujący pamiętać przedewszystkiem przy używaniu tubusów celuloidowych. Gdy zwrócimy uwagę na położenie tubusa w krtani, a nadto na właściwości otaczających go tkanek, mianowicie liczne włókna mięśni okrężnych, jak i podłużnych, sprężystość licznych więzadeł, wreszcie znaczniejszą w tem miejscu kurczliwość[3]) błony śluzowej, zrozumiemy, że dodana do tych warunków podatność, nawet pewna elastyczność celluloidu, zachęca do tego, żeby rada O'Dwyera stała się ogólną zasadą, ilekroć

[1]) Posiedzenie Towarzystwa lekar. krakow. 31 stycznia 1906.
[2]) Wyjęta z »München. med. Wochenschr.« 1905. Nr. 26.

[3]) P. Anatomia Hyrtla.

używamy tubusów celuloidowych. Postępowanie według tej zasady jest zapewne przyczyną, że wykrztuszenie tubusa zdarza się w naszych przypadkach tak rzadko. Ujemną stroną tubusów celuloidowych jest, że nie można ich wyjaławiać. Ktoby zabieg ten uważał za niezbędny, dla tego wada ta, przywiązana do właściwości materyału, byłaby znaczną. Myśmy poprzestawali na należytem oczyszczeniu mechanicznem i w strumieniu płynącej wody (przyczem ułatwienie stanowi przeźroczystość materyału), następnie zanurzeniu na kilka do kilkunastu minut w roztworze kwasu karbolowego i ponownem przepłukaniu rozcieńczonym kwasem borowym, a uważamy takie odkażenie tubusów wogóle za zupełnie wystarczające.

Przyjmując i zalecając w ten sposób nowe tubusy z celuloidu, nie myślimy przez to rugować dotychczasowych, jedynie ograniczymy bezwzględne ich dotąd stosowanie, a przez to właściwiej ich użyjemy. I tak, zdaniem naszem, tubusy metalowe można zachować dla świeżych przypadków dławca błoniczego, t. zn. gdzie intubacya ma być po raz pierwszy podjęta u dzieci zresztą zdrowych i dobrze zbudowanych, tam wreszcie, gdzie przyjmujemy obecność błon mniej lub więcej grubych. Błony te są niejako osłoną błony śluzowej krtani, w pewnym stopniu pozwalającą na większy ucisk metalu. Dla wszystkich innych zresztą wskazań do intubacyi zalecilibyśmy tubusy z celuloidu. Zatem, gdy zmuszeni jesteśmy pozostawić tubus dłużej nad 3 doby; gdy wkrótce po pierwszej intubacyi, choćby już w parę godzin, dziecko tubus metalowy wykaszlało; wreszcie w każdym przypadku dławca błoniczego u dzieci wątłej budowy, źle odżywionych, niedokrwistych. Wśród tych wskazań będzie miejsce dla tubusa ebonitowego, z wyłączeniem przypadków, w których są duże błony w okresie oddzielania się, lub wydzielina obfita lub bardzo gęsta, lub w których wreszcie tubus zbyt długo ma pozostawać (w tym razie rozszerzenie gruszkowate dolnego jego końca, sprawiające nierównomierny ucisk, jest przeciwwskazaniem). Tubusa celuloidowego użyjemy przed innymi przedewszystkiem w przypadkach dławca rzekomego, pojawiającego się w przebiegu odry. Jak wiadomo, objawy zwężenia krtani, tak bardzo podobne do dławca błoniczego, wywołuje tu pewna sprawa zapalna, odbywająca się w błonie śluzowej i tkance podśluzowej krtani, sprawa, nie mająca nic wspólnego z błonicą (nie mówimy tu naturalnie o dławcu błoniczym, zdarzającym się również często, jako powikłanie odry). Te to przypadki, wogóle nierzadkie, sprawiają nam niejednokrotnie wiele kłopotu. Nagłe wskazanie do zabiegu operacyjnego zastaje nas często nieprzygotowanych lub niezbyt skorych do podjęcia tracheotomii, operacyi bądź co bądź poważnej i zostawiającej ślady na całe życie; w dodatku spotykamy zwykłą niechęć rodziny chorego wobec propozycyi operacyi krwawej; — z drugiej strony wstrzymuje nas przed intubacyą świadomość zmian anatomicznych, wywołujących objawy cieśni, wobec których wprowadzenie tubusa do krtani i wywieranie nim ucisku na zapalnie naciekłe i rozpulchnione tkanki jest przeciwwskazane. Pomimo teoretycznego przeciwwskazania, praktyka kliniczna nie wyłącza w tych razach intubacyi, i tu mającej swoich zwolenników. U nas, w szpitalu św. Ludwika, intubacyę w takich przypadkach wielokrotnie wykonywano, przeważnie z dobrym wynikiem (dotąd używaliśmy w tych razach tubusów z ebonitu). W tych oto przypadkach powinien, zdaniem naszem, tubus celuloidowy znaleść szczególne zastosowanie i nietylko mieć pierwszeństwo przed innymi tubusami tam, gdzieśmy się na intubacyę zdecydowali, lecz niejednokrotnie zachęcić nas do wyboru tego właśnie zabiegu. Jeden przypadek dławca odrowego który w tym krótkim czasie mieliśmy sposobność spostrzegać i w którym użyliśmy omawianych tubusów, nie uprawnia nas do stanowczych wniosków, jednak zachęca do dalszych prób stosowania.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prymaryusz dr. Bogdanik).

O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał

Dr. Artur Frommer

I sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy).

2) Zapalenie szpiku kostnego nawrotowe (*osteomyelitis recidiva*). Leczyliśmy przypadków 6. Cierpienie to nadaje się szczególniej do zastosowania przekrwienia biernego, gdyż, jak to Bier słusznie podnosi, w przypadkach tych bardzo rzadko powstają martwaki.

W jamie szpikowej znajdujemy najczęściej ropień lub też wybujałą ziarninę. To też wszystkie przypadki uwieńczone zostały przy zastosowaniu przekrwienia biernego wynikiem pomyślnym. A byli to chorzy, nieraz kilkakrotnie przedtem już operowani. Szczególniej u dwu pierwszych chorych już kilka razy na tym samym oddziale szeroko otwierano jamę szpikową, z następowem, o ile możności jak najdoszczętniejszem oczyszczeniem jamy. Ranę otwartą leczono na oddziale jakiś czas, a następnie ambulatoryjnie przez kilka miesięcy. Wszystko to napróżno; po upływie roku lub dwu chory zgłaszał się ponownie ze świeżymi objawami choroby.

Podobnie było u trzech dalszych chorych. I u tych kończyna pokryta była bliznami po dawniej dokonanych zabiegach. I w tych właśnie uporczywych przypadkach kilkutygodniowe zastosowanie opaski odnosiło dobre skutki. Stan wspomnianych już dwóch pierwszych chorych, u których przebieg sprawy śledziliśmy przez osiem miesięcy, jest obecnie pomimo forsownego nawet chodzenia zupełnie zadowalniający.

Kilka z tych spostrzeżeń przytaczam:

1) K. Piotr, lat 18, przybył 27. IV., wypuszczony 6. VI. 1905 *Osteomyelitis tibiae dextrae recidiva* (*sequestrotomia*).

Chory od lat 10, w czasie tym 4-krotnie operowany. Na kilka tygodni przed przyjęciem pojawiły się znaczne bole w okolicy dawnej blizny, połączone z gorączką i dreszczami.

28. IV. Stan obecny: W narządach wewnętrznych zmian wykryć nie można. Na goleni prawej podłużna blizna, zajmująca około $^2/_3$ części goleni, z kością zrośnięta. Kość piszczelowa rozdęta, zgrubiała, przy ucisku bolesna. W środku blizny szaro-żółtawa ziarnina wydzielająca ropę. Blizna cała zaczerwieniona, bolesna; bolesny też cały goleń. Staw kolanowy wolny. Ciepłota podgorączkowa. Zastosowano: przekrwienie bierne około 20 godzin dziennie. 30. IV. Bolesność mniejsza, chory czuje się lepiej. 20. V. Znaczna poprawa, obrzęk, zaczerwienienie i bolesność ustępują, chory przechadza się. 6. VI. chory opuszcza oddział z niezupełnem jeszcze zabliźnieniem. Dalsze leczenie w ambulatoryum.

2) Ch. Marya, lat 28., służąca. *Osteomyelitis tibiae sinistrae recidiva.* Chora od 8 lat, operowana 4-krotnie na oddziale (*sequestrotomia*).

8. III. Stan obecny. Chora źle odżywiona i zbudowana; zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. Goleń lewy obrzękły, na skórze liczne rany, w części jeszcze niezabliźnione. W dolnej części goleni po stronie wewnętrznej znajdują się dwie przetoki, przez które wsunięty zgłębnik natrafia na kość obnażoną. Kość piszczelowa zgrubiała oraz rozdęta, przy ucisku bolesna. Staw skokowy również zajęty, obrzękły. Ruchy bierne i czynne w stawie skokowym znacznie utrudnione. 11. III. W uśpieniu chloroformowem poprowadzono cięcie, długie około 25 cm., oddzielono okostnę i szeroko otwarto rozdętą kość piszczelową. Jamę szpikową, wypełnioną żółtemi granulacyami, jak najdokładniej oczyszczono. Ranę w górnej części zeszyto, dolną część wytamponowano gazą. 10. IV. Z rany wydziela się jeszcze znaczna ilość ropy. Obrzęk goleni utrzymuje się jeszcze. jama wypełnia się powoli ziarniną. 25. IV. W okolicy rany utworzył się ropień, który przecięto. Wobec powolnego gojenia się, utrzymującej się wydzieliny ropnej, oraz zgrubienia i bolesności kości z równoczesnem zajęciem stawu, zastosowano przekrwienie bierne na 20 godzin dziennie. 30. IV. Z rany wydziela się jeszcze obficie ropa, bolesność jednak znacznie mniejsza, ruchy w stawie skokowym wracają, obrzęk ustępuje, chora uczuwa znaczną poprawę. Stosowano metodę Biera przez kilka godzin dziennie. 5. VII. chora opuściła oddział wyleczona.

3) S. Michał, lat 28, przybył 7. IX., wyszedł 8. XI. *Osteomyelitis femoris sinistri recidiva.*

Operowany przed 3 laty w szpitalu Rudolfa w Wiedniu. Od 7 tygodni nawrót choroby: rwące bole w udzie lewem, gorączka, dreszcze. 7. IX. Stan obecny: Chory licho zbudowany i odżywiony, zmian w narządach wewnętrznych nie stwierdzono. Kończyna dolna lewa zgięta w stawie kolanowym, na udzie po stronie zewnętrznej blizna pooperacyjna długości około 25 cm., skóra w okolicy blizny zaczerwieniona. Udo całe obrzękłe, w dolnej jego części po stronie zewnętrznej wyraźne chełbotanie. Ciepłota 38°. 8. IX. W niezupełnem uśpieniu eterowem nacięto ropień, założono opaskę na kilka (8) godzin dziennie. 22. IX. Ciepłota jeszcze podwyższona (38°), skóra w dolnej części uda jeszcze zaczerwieniona, z rany wydziela się jeszcze znaczna ilość ropy. Stan chorego lepszy, ruchy w stawie kolanowym możliwe. Opaska na dwie godziny dziennie. 8. XI. chory opuszcza oddział wyleczony.

4) N. Jan, przybył 10. IX., wyszedł 31. X. *Osteomyelitis femoris sinistri recidiva.*

Operowany przed 8 laty na oddziale (*sequestrotomia*). Od dwu miesięcy nawrót choroby.

10. IX. Stan obecny: Udo lewe obrzękłe, kość udowa zgrubiała, przy dotyku wyraźna bolesność, ruchy bierne i czynne w stawie kolanowym utrudnione. Po stronie zewnętrznej dwie blizny, długości około 15 cm. z głęboko drążącą przetoką. Wprowadzony zgłębnik natrafia na kość obnażoną. Założono opaskę na godzinę dziennie. 20. IX. Wydzielina znaczniejsza, bole ustępują. 31. X. Wydzielina z rany bardzo mała. Obrzęk znacznie mniejszy, chory czuje się zupełnie dobrze, wychodzi z raną jeszcze niezagojoną na własne żądanie do domu.

(C. d. n.)

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Kraus i Schiffmann. **O pochodzeniu precypityn i aglutynin.** (*Annal. de l'Inst. Pasteur* 1906, Nr. 3). Badania Pfeiffera i Marxa, Wassermanna i Levaditiego stwierdziły, że istoty bakteryobójcze, działające na przecinkowca cholery, prątka durowego, oraz krętki posocznicy kur, są wytwarzane w narządach, w których tworzą się ciałka białe, głównie w śledzionie, szpiku kostnym i gruczołach chłonnych. Natomiast pochodzenie aglutynin, precypityn, oraz antytoksyn nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlone. Wobec tego autorowie podjęli badania, w których wstrzykiwali surowicę końską królikom pod skórę, do żył lub do brzucha, poczem skrwawiali zwierzęta i robili z ich narządów wyciągi, w których oznaczali precypityny. Okazało się, że precypityny występowały tylko w surowicy krwi, w żadnym zaś narządzie wewnętrznym, z wyjątkiem sieci, nie można było ich wykryć. Doświadczenia, przez które autorowie starali się przekonać, czy w narządach wewnętrznych precypityny nie były utajone w postaci nieczynnych proprecypityn, analogicznych z profermentami, świadczyły przeciwko takiemu przypuszczeniu. Wycięcie śledziony na wytwarzanie w ustroju precypityn ujemnego wpływu nie wywierało, podobnie jak nie wywiera takiego wpływu na wytwarzanie amboceptorów i aglutynin; po splenektomii wytwarzanie precypityn i aglutynin doznawało tylko pewnego opóźnienia, co autorowie tłómaczą osłabieniem zwierzęcia wskutek rzeczonego zabiegu. Tłómaczenie to zgadza się z wynikiem badań Friedbergera i Müllera, którzy stwierdzili, że wszelkie zaburzenia, powstające w czasie nabywania odporności, osłabiają te czynniki ustrojowe, od których wytwarzanie niweczników zależy. Kraus i Schiffmann wysnuwają z doświadczeń swych wniosek, że precypityny nie wytwarzają się w narządach wewnętrznych, ale w układzie naczyniowym, oraz że wytwarzanie tych istot z biegiem czasu słabnie, a w końcu ustaje zupełnie. W badaniach nad pochodzeniem aglutynin autorowie oznaczali te istoty we krwi, oraz wyciągach z narządów wewnętrznych królików, którym uprzednio byli wstrzyknęli pewną ilość hodowli prątka durowego, zabitego w ciepłocie 60°. Okazało się, że aglutyniny występowały w surowicy krwi w czasie, gdy w wyciągach z narządów jeszcze ich nie było, co wskazuje, że pochodzenie tych istot jest inne, jak istot bakteryobójczych, które powstają w narządach, będących wytwórcami ciałek białych. Gdy po upływie pewnego czasu aglutyniny ukazują się w narządach wewnętrznych, ilość ich jest tam znacznie mniejsza, niż we krwi. Doświadczenia, w których autorowie oznaczali aglutyniny w narządach królików, którym uprzednio byli wstrzyknęli surowicę o własnościach aglutynujących, dowiodły, że ilość aglutyniny w rozmaitych narządach odpowiadała ilości krwi, jaką dane narządy zawierały, a zatem, że znalezione w narządach aglutyniny pochodziły ze krwi. Na podstawie wyników dalszych doświadczeń dochodzą Kraus i Schiffmann do wniosku, że w układzie krwionośnym ani ciałka czerwone, ani też ciałka białe nie wytwarzają aglutynin, oraz wyrażają przypuszczenie, że prawdopodobnie czynią to śródbłonki naczyń.

K. Klecki.

Jodlbauer i Tappeiner. **O działaniu światła na zaczyny (inwertynę) przy odciętym dostępie tlenu.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 14). Poprzednio już dowiedli autorowie, że osłabienie działania inwertyny przez światło słoneczne tylko wtedy nastąpić może, jeżeli odczyn przebiega w obecności tlenu. W atmosferze wodoru wpływ hamujący światła się nie uwydatnia. Promienie słoneczne przepuszczali autorowie w tych doświadczeniach przez szkło, wyłączając tym sposobem działanie promieni pozafioletowych. W obecnych doświadczeniach autorowie posługiwali się pełnem światłem, wchodziły więc w grę widzialne i pozafioletowe promienie. Hamujący wpływ światła na działanie inwertyny powstawał wtedy i bez obecności tlenu, w atmosferze wodoru, azotu i bezwodnika kwasu węglowego; w przeciwieństwie do tego, co widzimy w doświadczeniach, wykonywanych przy obecności tlenu, nie wzmaga się hamujący wpływ światła przy doświadczeniach, wykonanych w atmosferze beztlenowej, przez dodatek substancyi fluoryzujących, n. p. eozyny.

Dr. M. Godlewski.

A. Wassermann i C. Bruck. **Doświadczalne badania nad działaniem przetworów z prątków gruźliczych na ustrój dotknięty gruźlicą.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 12, 1906). Autorowie starali się doświadczalnie rozstrzygnąć, na czem polega swoiste oddziaływanie ustroju, gruźlicą dotkniętego, na przetwory z prątków gruźliczych (tuberkulinę Kocha i nowotuberkulinę). W szczególności chodziło im o wyjaśnienie stwierdzonego już faktu, dlaczego ognisko gruźlicze „wyławia“ ze krwi najmniejsze ilości tych przetworów i dlaczego w następstwie rozmięka tkanka w tem ognisku. Dzieje się to, zdaniem autorów, przez to, iż u osobników, dotkniętych gruźlicą, nie leczonych wstrzykiwaniami tuberkulinowemi, znajdują się w ognisku gruźliczem „niweczniki“, przyciągające ze krwi tuberkulinę Kocha i nowotuberkulinę, a przy połączeniu się tych „niweczników“ z tymi środkami gromadzą się obecne w krwi czynniki „trawiące białko“ w ognisku gruźliczem i powodują „strawienie“, czyli rozmiękanie tegoż ogniska; objawem wessania tych produktów trawienia jest gorączka, znamionująca odczyn tuberkulinowy ustroju gruźliczego. Brak tego znamiennego odczynu w przypadkach gruźlicy, leczonych już tuberkuliną, polega na tem, że owe „niweczniki“ znajdują się w krążącej krwi (nietylko w ognisku gruźliczem) i wiążą przetwory tuberkulinowe, zanimby one mogły dojść do ogniska gruźliczego.

Maciag.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. T. Wilczyński. **Badania cytologiczne wysięków i przesięków opłucnej, otrzewnej i płynu mózgowo-rdzeniowego.** (*Gazeta lekarska*, 1906, Nr. 4, 5). W pracach swych, dokonanych na oddziale Dra Dunina w Warszawie, dochodzi autor do następujących wyników: w płynie mózgowo-rdzeniowym w gruźliczem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych stwierdza się limfocytozę, w nagminnem zaś osad neutrofilny; w innych chorobach zakaźnych ostrych płyn mózgowo-rdzeniowy nie zawiera pierwiastków morfotycznych. W kile mózgu spotykamy albo limfocytozę czystą, albo z domieszką neutrofilów. W wiądzie rdzenia napotykał autor limfocytozę niestale, ale bardzo często (w 70% przypadków). W świeżych krwotokach mózgu bywa erytrocytoza. Płyn mózgowo-rdzeniowy należy zawsze badać tam, gdzie przypu-

szczamy lub rozpoznajemy zajęcie opon. Pomijając, że nakłucie lędźwiowe jest jedynym racyonalnym zabiegiem leczniczym przy nagminnem zapaleniu opon mózgowych, pozwala nam ono oryentować się w rozpoznaniu. I w chorobach na tle kilowem w niejasnych przypadkach nie należy gardzić tą metodą. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego może nieraz ostatecznie rozstrzygnąć rozpoznanie między wiądem, a zapaleniem nerwów, między zaburzeniami czynnościowemi, a zmianami organicznemi. *Blassberg.*

Berger. **Rozróżnienie przypadków cholery prawdziwej od stanów do cholery podobnych.** (*Münch. med. Woch.*, Nr. 13, 1906). Rozpoznanie było już zwykle pewne po upływie 6. godzin, a to przedewszystkiem już na zasadzie hodowli w wodzie peptonowej; szybko wytwarzająca się błonka zawiera przecinkowce, które zużytkować można do aglutynacyi z wysokowartościową surowicą choleryczną. Aglutynacya występuje zwykle nawet w stosunku 1:2000. Hodowle na pożywce Conradi-Drigalskiego pozwalają na rozpoznanie dopiero w 16—17 godzin; odróżnienie od bakteryi durowych, wchodzące wtedy w rachubę, da się łatwo uskutecznić zapomocą surowicy durowej, która oczywiście przecinkowców cholerycznych aglutynować nie będzie. Tego samego czasu do rozpoznania wymaga użycie jako pożywki, agaru z domieszką krwi. Posługiwanie się tymi sposobami pozwoliło autorowi w przeciągu kilku godzin rozstrzygnąć rozpoznanie w kilku przypadkach niewątpliwej cholery azyatyckiej, oraz odróżnić od niej podobnie klinicznie przebiegający przypadek cholery swojskiej, wywołany przez *bac. enteritidis Gärtner* (*Paratyphus b Schottmüller*), jako też przypadek nieprawidłowo przebiegającego duru brzusznego. *Dr. M. Godlewski.*

Baumann. **O odruchu gardłowym.** (*Münch. med. Woch.*, Nr. 13, 1906). Zupełne zniknięcie odruchu gardłowego jest wogóle bardzo rzadkie. Zmniejszenie odruchu spotykamy w histeryi, padaczce, (może pod wpływem leczenia bromem), przy nadużywaniu tytoniu; wpływ psychiczny może także działać przytłumiająco. Bardzo młody wiek usposabia do żywszego odruchu.

Dr. M. Godlewski.

A. Ostermann. **Pharyngitis meningococcica jako podstawa nagminnego zapalenia opon mózgowych.** (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 11, 1906). Autor w czasie ostatniej epidemii (1905) na Śląsku pruskim stwierdził doświadczalnie przypuszczenie, iż otoczenie chorego, a więc rodzina, współmieszkańcy, przyczyniają się w wielkim stopniu do rozszerzenia epidemii. Badał on zapomocą hodowli śluz z jamy nosowo-gardłowej osób, będących w otoczeniu chorego, a dla ścisłości przeprowadzał także aglutynacyę swych szczepów swoistą surowicą, U większości badanych znalazł on kliniczne objawy nieżytu jamy nosowo-gardłowej, u mniejszości brak tych objawów, lecz we wszystkich podejrzanych przypadkach badanie wykrywało obecność dwoinek nagminnego zapalenia opon. Na tej podstawie przyjmuje autor szerzenie się epidemii tylko za pośrednictwem osób z otoczenia chorego, czy to przez dotknięcie ich ust, nosa, przez użycie tych samych przyborów do jedzenia, czy przez ich plwocinę, wydzielinę z nosa, czy przez rozpylanie w powietrzu zarazków przy kaszlu i głośnem mówieniu. Stąd wynikają odpowiednie wskazówki zapobiegawcze, ze stanowiska zaś sanitarno-policyjnego radzi autor odosabniać nietylko chorego, ale i jego otoczenie. *Maciąg.*

M. Berliner. **Leczenie t. zw. gorączki siennej.** (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 13, 1906). Autor, nie obniżając bynajmniej znaczenia surowicy swoistej (pollantyny) i miejscowego stosowania kokainy z adrenaliną w leczeniu gorączki siennej, radzi wtedy, jeżeli to leczenie jest bezskuteczne, zastosować prąd stały (5 miliamperów przez 5 minut codziennie przez kilkanaście dni) na przednią i tylną część jamy nosowej, a opierając się na pomyślnie tym sposobem leczonych przypadkach, upatruje przyczyny przykrych objawów tej choroby w zadrażnieniu zakończeń nerwowych w błonie śluzowej jamy nosowej. *Maciąg.*

Tauber. **Przyczynek do leczenia zapalenia płuc włóknikowego surowicą.** (*Wien. klin. Woch.*, 1906, Nr. 11). Na podstawie dziewięciu przypadków poleca autor surowicę Römera w leczeniu włóknikowego zapalenia płuc. Wszystkie przypadki przebiegały pomyślnie. Gorączka opada stale w 10—15 godzin po wstrzyknięciu, w jednych przypadkach bezpośrednio, w innych po wstrzyknięciu drugiem, a opada przeważnie przełomowo. Surowica wywiera dalej bezsprzecznie wpływ na narząd krążenia; parcie nizkie (n. p. w jednym z przypadków wynoszące 40 mm.) przed wstrzyknięciem, podnosi się bezpośrednio po wstrzyknięciu (w przypadku wspomnianym na 70 mm.). We wszystkich przypadkach stwierdzono poprawę stanu ogólnego nietylko podmiotowo, ale i przedmiotowo.

Dr. Łapiński.

Dmitrenko. **Odczyn z błękitem metylenowym w durze brzusznym.** (*Prakticzeskij Wracz*, 1906, Nr. 10). Autor sprawdzał wartość podanego w ubiegłym roku przez Russo (*Riforma med.*, 1905, Nr. 19) nowego sposobu rozpoznawania duru brzusznego przez badanie moczu przy pomocy błękitu metylenowego zamiast odczynu dwuazowego. Próba ta uskutecznia się w ten sposób, że do 4 ctm. sz. moczu dodaje się cztery krople jednoprocentowego błękitu metylenowego; mocz chorych na dur przybiera barwę zielono-szmaragdową. D. wykonał badania na moczach 400 chorych w przebiegu rozmaitych zmian chorobowych i tak duru brzusznego, ospy, zapalenia płuc, gruźlicy i t. d. Na podstawie wyników tych badań autor doszedł do następujących wniosków: 1) MR (odczyn z błękitem metylenowym) nie jest prostszy w wykonaniu od DR (diazoreakcyi); 2) odróżnienie prawidłowej niebieskiej barwy od ciemno-zielonych odcieni przy MR jest często bardzo trudne; 3) barwa moczu wywiera znaczny wpływ na wynik badań przy MR; 4) MR daje wynik dodatni także i przy innych chorobach, a tem samem nie może mieć znaczenia dla różniczkowego rozpoznawania duru brzusznego; 5) MR najczęściej spotyka się w przebiegu duru brzusznego, w miarę jednak ustępowania zmian chorobowych odczyn staje się słabszy; 6) MR spotyka się rzadziej niż DR w gruźlicy płuc, jednak stoi w slabszym związku z postępowaniem sprawy chorobowej, niż DR; 7) MR nie można stawiać wyżej od DR, przeciwnie należy odczyn ten uważać za o wiele słabszy i mniej znamienny. *Bolesław Swolkień* (Ptbg.)

Doc. Zykow. **O wpływie promieni Röntgena na białaczkowe i tak zwane rzekomo-białaczkowe zmiany narządu chłonnego.** (*Chirurgja*, styczeń 1906). Autor powziął zamiar 1) wyjaśnić, jakim sposobem promienie Röntgena działają tak skutecznie na rozmaite postacie białaczkowych i rzekomo-białaczkowych zmian narządu chłonnego; 2) jak to działanie utrwalić i 3) przy jakich dolegliwościach leczenie promieniami Röntgena jest najodpowiedniejsze. Przez szczegółowe i wszechstronne zbadanie cierpień narządu chłonnego i krwiotwórczego dochodzi autor do wniosku, że skuteczny wpływ tych promieni zależy głównie nie od działania ich na jakieś swoiste przyczyny, wywołujące te lub owe zmiany narządu chłonnego, lecz od niszczącego działania na tkankę limfatyczną wogóle, a na ciałka białe krwi w szczególności. Promienie Röntgena, zdaniem autora, działają również na naczynia włoskowate i na tkankę łączną. Technika leczenia: 1) chory powinien leżeć; 2) powinno się od działania promieni uchronić sąsiednie narządy, dla czego autor używa grubych ołowianych płytek lub tak zwanych zasłon szklanych (*Glasblende*); są to klosze z otworami, odlane ze szkła z ołowiem; w otwory klosza wstawia się jeszcze rurki z tegoż materyału dowolnej postaci i wielkości; 3) rurka rentgenowska twarda; 4) odległość około 30 ctm.; 5) trwanie posiedzenia 10—20 minut; w przypadkach szybko i łatwo leczących się, posiedzenia można powtarzać dwa razy dziennie dla szybszego skutku w szpikowej postaci białaczki; 6) porządek rentgenizacyi jest następny: śledziona, okolica klatki piersiowej, nasady kości długich; 7) gruczoły szyjne lepiej naświetlać grupami pojedynczemi, przytem poddając działaniu promieni grupę następną, działać poniekąd i na poprzednią. Wobec niepewności wyników leczenia radzi autor stosować jednocześnie i inne środki, polecane w różnych czasach, jak arszenik wewnętrznie i podskórnie, szpik wewnętrznie i nareszcie usunięcie drogą operacyjną zmienionych gruczołów (oprócz śledziony).

Dr. W. Kozłowski (Ptbg.).

Hirschl. **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa.** (*Wien. klin. Wochs.*, 1906, Nr. 11). Leczenie dotychczasowe choroby Basedowa przechodziło rozmaite koleje: Podawanie dotychczasowe żelaza, arsenu, elektryzowanie, dalej podawanie jodu, rhodaganu, swoistej surowicy, pozostawało, jak ostatnie doświadczenia dowiodły, bez wpływu. Przypadki autora, leczone promieniami Röntgena, dają wynik o wiele lepszy. We wszystkich przypadkach stwierdzono przybytek na wadze, zwolnienie tętna. Inne objawy, jak biegunka, wysadzenie oczu, poty, pozostały bez zmiany. Naświetlania trwały każdorazowo mniej więcej 20 minut. *Dr. Łapiński.*

L. Hofbauer. **Przyczynek do patogenezy gruźlicy płuc.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 6, 1906). Z chwilą wykrycia prątka Kocha zdawało się, że sprawa zakażenia jest zupełnie jasna, to znaczy: narząd, w który wkroczył prątek, przestaje być zdrowym, staje się gruźliczym. Wkrótce jednak poczęły się wyłaniać pytania: dlaczego dany narząd, czy też jego część łatwiej zakażeniu ulega, aniżeli inne; dlaczego szczególnie w szczytach płuc zmiany gruźlicze najczęściej spotykamy, gdy części dolne zazwyczaj są wolne lub dopiero następowo ulegają zmianom? Tłómaczono to rozmaicie: pewnemi właściwościami w budowie, pewnego rodzaju niedomogą wydechową, gorszem ukrwieniem szczytów płucnych, to znów ułatwiającem zakażenie przekrwieniem biernem szczytów, przeciskających się przy wdechu poza pierścień kostny na wzór niejako przepukliny (Gessner), czemu zresztą sprzeciwiają się doświadczenia,

zebrane zapomocą znanego Bierowskiego leczenia przekrwieniem. Autor podaje następujące tłomaczenie: Przy spokojnym oddechu spostrzegać się daje tor przeponowy tak, że głównie części dolne płuc się rozszerzają, szczyty zaś pozostają prawie nieruchome, przez to są gorzej przewietrzane i gorzej odżywiane, a więc na zakażenie podatniejsze. Pozornie sprzeciwia się to prawu fizycznemu, że w przestrzeni zamkniętej obniżenie parcia w jednem miejscu rozchodzi się jednostajnie na całą powierzchnię. Płuca przedstawiają wprawdzie powierzchnię zamkniętą, ale budowa ich anatomiczna, przegrody, rozgałęzieni oskrzeli, stawiają mnóstwo oporów, tak że zwiększenie czy obniżenie parcia, a więc wdech i wydech, istotnie niejednostajnie przenosi się na całą przestrzeń. *Łapiński.*

PEDYATRYA. Jacobson **Barwny odczyn kwasów tłuszczowych.** (*Presse méd.*, Nr 19, 1906). Jeżeli stolce odżywianych nadmiernie osesków, posiadające barwę żółto-białą, a zbitość pomady, pod mikroskopem zaś zawierające kuliste ciała, uważane za tłuszcze, rozetrze się w moździerzyku z bardzo rozcieńczonym roztworem zasadowego barwika anilinowego (4—5 kropli karbolowego roztworu fuksyny Ziehla, rozcieńczone jedną probówką wody), to owe kuliste ciała zabarwią się słabiej lub silniej czerwono. Silnie barwią się kwasy tłuszczowe, kulki tłuszczów obojętnych wcale się nie barwią, mydła nierozpuszczalne barwią się tylko słabo różowo. Zapomocą tego sposobu barwienia stwierdził autor, że w stolcach dzieci zupełnie zdrowych, karmionych wyłącznie piersią, w stolcach o barwie złotej, kwasów tłuszczowych wcale nie ma. Natomiast w stolcach dzieci, także zresztą prawidłowych, lecz za dużo dostających pokarmu, jakoteż w stolcach dzieci, dotkniętych lekką niestrawnością, znajdują się kwasy tłuszczowe wolne. Stolce mają wówczas barwę blado-żółtą, zbitość pomady, a oczywiście oddziaływają kwaśno. Błękitne grudki, spotykane w stolcach wszystkich dzieci karmionych piersią składają się wyłącznie z mydeł, wolnych kwasów natomiast nie zawierają, barwią się zatem tylko różowo. U dzieci, karmionych mlekiem krowiem samem lub z dodatkiem maślanki lub mącznych pokarmów, niema w stolcach wolnych kwasów tłuszczowych, czemu odpowiada zasadowe oddziaływanie stolca. Autor sądzi, że zapomocą jego metody można będzie rozświetlić pewne sprawy, jak np. odróżnić biegunkę kwaśną, wywołaną nadmiarem wolnych kwasów tłuszczowych wyższych, od tej zmiany chorobowej, którą wywołuje obecność kwasu mlecznego i t. d. *Dr Mostowski.*

Eichelberg. **O tłuszczu siary u człowieka.** (*Archiv für Kinderheilkunde*, T. 43). Zgodnie z poglądami Engela uważa E. tłuszcz siary za identyczny z tłuszczem ciała; przeobrażenie jakości tłuszczu w dalszym okresie karmienia tłómaczy się zwiększoną produkcyą, z którą też równolegle się rozwija. *Żeleński.*

Mołczanow. **W sprawie operacyjnego leczenia błoniczych zwężeń krtani u osesków.** (*Russkij Wracz*, 1906, Nr. 1). W ciągu 10 lat stosowania intubacyi i leczenia surowicą swoistą było w klinice prof. Korsakowa (Moskwa) chorych na błonicze zwężenie krtani 308. Intubacyę stosowano u 193, śmiertelność wynosiła 31·6 prc. Jak wiadomo u starszych dzieci w zwężeniach błoniczych krtani kliniczyści prawie jednozgodnie przekładają intubacyę nad tracheotomię. Co zaś do osesków, to jedni (Fatatow, Ganghofner i t. d.) są zwolennikami intubacyi, inni zaś (Bagiński, Georg Alsberg, Sigmund i t. d.) oświadczają się za tracheotomią. Wobec tej różnorodności zdań Mołczanow rozpatrzył wszystkie przypadki błoniczego zwężenia krtani u osesków, spostrzegano na klinice prof. Korsakowa od 1895 do 1904 r. W tym czasie u dzieci, nie liczących roku, stosowano intubacyę w 21 przypadkach. U wszystkich tych chorych badanie bakteryologiczne stwierdziło błonicę; wszystkim chorym wstrzykiwano surowicę swoistą w ilości 2000—3000 jednostek. Śmiertelność w przypadkach autora wynosi 52·4%, po odliczeniu zaś tych, którzy umarli, przebywszy w klinice mniej niż dobę, śmiertelność wynosi zaledwie 28·5 prc. Należy jeszcze zaznaczyć, że sześciu chorych wstąpiło do kliniki dopiero po trzecim dniu choroby. Średnio trwała intubacya u zmarłych 29 godzin.

Z 10 uleczonych Mołczanow przytacza nader pouczający, jedyny dotąd w piśmiennictwie, przypadek intubacyi u 8-tygodniowego dziecka. Gdy wprowadzenie kaniuli Nr. 1 z przyrządu Froma okazało się niemożliwem wskutek długości kaniuli, autor zastosował z pomyślnym skutkiem Nr. 1 z przyrządu Collina. Intubacyjna rurka przebyła w krtani 36 godzin: wyciągnięto ją wskutek napadu rzucawki u dziecka. Dziecku wstrzyknięto 6000 jednostek surowicy swoistej w trzech dawkach. Dziecko zupełnie wyzdrowiało. Przypadek ten był stwierdzony badaniem bakteryologicznem.

Mołczanow przytacza dwa spostrzeżenia wtórnej tracheotomii, t. j. już po pierwotnem zastosowaniu intubacyi u osesków. W pierwszym wykonano tracheotomię z powodu odleżyny krtani wskutek intubacyi w przeciągu przeszło 200 godzin. W drugim przypadku autor musiał wykonać tracheotomię wobec tego, że wprowadzenie po raz trzeci rurki intubacyjnej okazało się niemożliwem wskutek silnego skurczu głośni. Obydwaj chorzy umarli na czwarty dzień wskutek zapalenia płuc.

Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że odsetek śmiertelności przy stosowaniu intubacyi jest mniejszy (52·4 prc.), niż przy stosowaniu jednoczesnem i tracheotomii i intubacyi. Jeden z głównych zarzutów przeciw intubacyi, a mianowicie mało rozmiary gardła i krtani u osesków, upada, zdaniem autora, wobec tego, że ta okoliczność tylko raz jeden stanowiła przeszkodę dla wykonania operacyi, a to właśnie u wspomnianego 8-tygodniowego dziecka. Obrzęk krtani i skurcz głośni tylko raz jeden utrudniały wykonanie intubacyi. Zatkanie kaniuli na 21 przypadków zdarzyło się w jednym, a więc nie częściej, niż to widzimy w wieku starszym. Co się tyczy tej przeszkody, jaką intubacya stanowi dla karmienia dziecka, to autor zaznacza, iż z 21 przypadków zdarzyło się to tylko w dwóch i to w niewielkim stopniu. Ogromna zaś wątłość tkanek i całego ustroju dziecka, oraz zwiększona wrażliwość na wszelkiego rodzaju zakażenia w jednakowej mierze szkodzą tak intubacyi, jak i tracheotomii. A więc zważywszy to wszystko, Mołczanow radzi i u osesków, nawet najmłodszych, stosować intubacyę. *L. Jastrzębski* (Ptbg).

Deguy i Detot. **Zapalenie opłucnej przy błonicy.** (*Revue des mal. de l'enf.*, luty 1906). Powikłanie rzadkie. Chodzi albo o zapalenie ropne, najczęściej paciorkowcowe — wtedy przyczyną zawsze jest zakażenie wtórorzędne, a droga dostępu może być albo oskrzelowo-płucną (zapalenie zrazikowe), albo przerzutową, wreszcie śródpiersiową (ropienie idące od gardła, od rany tracheotomijnej lub odleżyny przy intubacyi) — albo też o zapalenia surowiczo włóknikowe. Te znowu mogą być następstwem zmian płucnych, albo, jednak o wiele rzadziej, powstają od nich pozornie niezależnie i prawdopodobnie polegają na działaniu samej toksyny błoniczej. *Lewkowicz.*

CHIRURGIA. Cavaillon. **Osączkowanie stałe żołądka w leczeniu ostrego zapalenia otrzewnej.** (*Presse méd.* Nr. 21, 1906). Autor opisuje dwa przypadki, w których prof. Jaboulay w ostrym okresie zapalenia otrzewnej ze względu na znaczne wzdęcie żołądka, czkawkę i ucisk na przeponę i narządy klatki piersiowej wykonał gastrostomię; w obu przypadkach z żołądka wydobyła się znaczna ilość płynu, który wskutek ruchu przeciwrobaczkowego tam się dostał z jelit, i bardzo dużo gazu; w obu przypadkach stan ogólny chorych zaraz znacznie się poprawił i rychło nastąpiło zupełne wyleczenie. Ze względu na to, że ucisk wydętego żołądka na przeponę i narządy klatki piersiowej niewątpliwie przyspiesza, jeśli nie sprowadza niekiedy samoistnie zejścia śmiertelnego przy ostrem zapaleniu otrzewnej i przy tak zwanych ostrych wzdęciach pooperacyjnych, autor sądzi, że gastrostomia w tych przypadkach jest zabiegiem stosownym i w obu przypadkach dobry wynik jej przypisuje. Oczywiście gastrostomia nie leczy zapalenia otrzewnej, ale nic nie przeszkadza połączyć ją z osączkowaniem jamy brzusznej. *Mostowski.*

Sergent. **Esofagotomia wewnętrzna. Esofagoskopia w leczeniu zwężeń bliznowatych przełyku.** (*Presse méd.* Nr. 22, 1906). Autor opisuje dwa przypadki zwężeń przełyku po zadziałaniu ługu potasowego. W obu przypadkach zwężenie trwało od lat pięciu, a najwprawniejsi chirurdzy nie mogli przesunąć przez miejsce zwężone nawet najcieńszego zgłębnika. Dopiero przy użyciu esofagoskopu udało się znaleźć otwór. W obu przypadkach autor rozciął bliznę od wnętrza, używając galwanokauteru, przez siebie do tego celu zbudowanego; jeden przypadek został zupełnie wyleczony przez esofagotomię wewnętrzną i następowe rozszerzanie zgłębnikami; drugi przypadek zakończył się śmiertelnie wskutek zapalenia śródpiersia. Mimoto autor sądzi, że przy użyciu esofagoskopu będzie można technikę esofagotomii wewnętrznej udoskonalić i liczyć na jej dobre wyniki. *Mostowski.*

Bestelmeyer. **Doświadczenia nad leczeniem ostrych spraw zapalnych przekrwieniem zastoinowem podług Biera.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Dotąd wszyscy prawie autorowie bezwzględnie chwalą postępowanie podług Biera, a rzadko spotkać się można z pracą, krytycznie o tym sposobie leczenia się wyrażającą. W klinice monachijskiej stosuje się przekrwienie od końca marca roku 1905 i leczono w ten sposób 200 przypadków. Zakładano opaskę zupełnie podług zasad Biera i trzymano ją średnio 21 godzin. Również leczono przyrządami ssącymi Klappa (godzinę dziennie każdego chorego). Cięcia wykonywano małe na $^1/_2$ do $1^1/_2$ ctm. Z małych ran wyciskano ropę, nigdy nie tamponowano i od pierwszego dnia zaczynano zaraz czynne i bierne ruchy chorą kończyną. W większej liczbie przypadków bolesność znikała szybko, wydzielanie ropy zwiększało się szybko i znikało również szybko,

a pozostawała tylko wydzielina surowicza. Wrzodzianki i czyraki leczono przyrządami Klappa, czas leczenia bynajmniej jednak przez to się nie skracał. Zastrzały (*panaritia*) leczono cięciem 1 ctm. długiem i opaską, gdyż klappowskie mankiety na palce są niewygodne. Wyniki niezłe, czas gojenia około 16 dni. Ropowice ręki, leczone podobnie, wymagały jednak często cięć dodatkowych i przeciwcięć, a leczenie samym tylko sposobem Biera rzadko prowadziło do celu. Za to leczenie tym sposobem przy stosowaniu odrazu wielkich cięć dawało wyniki znakomite. Ropnie okołoprostnicze leczą się przyrządami Klappa dobrze, podobnie zapalenie ropne przyszczękowe (*parulis*) przy zakładaniu opaski na szyję i stosowaniu nakłuć, tylko leczenie trwa o wiele dłużej. Przy róży wyników dodatnich nie było, natomiast wcale dobre przy zapaleniu naczyń limfatycznych i przy ropieniach sutka. Żadnego skutku nie spostrzegano zaś przy ropieniach głębokich, jak torebek ścięgnistych, szpiku kostnego i stawów. Autor dochodzi do przekonania, że sposób Biera nie nadaje się wcale do leczenia ciężkich ropowic i spraw przebiegających w głębi, natomiast przy ropieniach podskórnych powierzchownych oddać może dobre usługi. Leczenie przyrządami Klappa wymaga wielkiej cierpliwości tak ze strony lekarza, jak i chorego i w ambulatoryach zajmuje za wiele czasu. *A. Klęsk.*

Siegel. **Stwardnienie tętnic w chirurgii.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 15, 1906). Chirurg zmuszony jest często operować chorych, dotkniętych stwardnieniem tętnic. Najważniejszem pytaniem w tych przypadkach jest, jak przebiega u takich chorych uśpienie i jak goją się rany. Statystyka stwierdza, że uśpienie przebiega zwykle zupełnie spokojnie, nawet jeżeli się je kilkakrotnie powtarza. Udary mózgowe wśród uśpienia należą do wielkich rzadkości. Natomiast zmiany w mięśniu sercowym są bardzo groźnem powikłaniem, choć czasem i wtedy nawet serce uśpienie dobrze znosi. Tak n. p. Günzburg wspomina o przypadku, w którym wykonano połączenie żołądka z jelitem z powodu raka. Chory cierpiał przed 8 laty na dusznicę bolesną. Po pewnym czasie chory zmarł na zapalenie płuc, a sekcya stwierdziła rozległe stwardnienie tętnic, zaczopowanie (stare) jednego z większych pni tętnicy wieńcowej serca, czego następstwem było zbliznowacenie prawie połowy mięśnia sercowego. Ludzie starzy koło 80 lat, operowani z powodu uwięźniętych przepuklin, znoszą mimo stwardnienia tętnic uśpienie bardzo dobrze. Natomiast u ludzi młodych z przedwczesnem stwardnieniem przebiega uśpienie mniej pomyślnie. Wogóle głębokie uśpienie szkodzi mniej, niż półuśpienie. Rany przy stwardnieniu tętnic, zadane nożem, goją się dobrze, oczywiście o ile nie operuje się już z powodu następstw zmian w tętnicach, n. p. z powodu zgorzeli, gdzie rokowanie jest złe. Jelita goją się po operacyach gorzej i często tworzą się przetoki, a szwy przecinają. Tamowanie krwotoku przy stwardnieniu tętnic jest również utrudnione, a podwiązki jedwabne przecinają stwardniałe i kruche tętnice. Najczęściej zdarza się to przy podwiązaniu naczyń krezki. Często występują krwawienia po znieczuleniu sposobem Schleicha. Stwardnienie tętnic usposabia do tworzenia się tętniaków, z których dla chirurga najważniejsze są tętniaki tętnicy szyjnej, podobojczykowej, pachowej, sprychowej, łokciowej i kolanowej. Operacye w takim razie dają złe rokowanie, bo krążenie i tak jest już utrudnione. *A. E. Klęsk.*

Colmers. **Znaczenie prześwietlań rentgenowskich w chirurgii polowej i sposób ich stosowania na wojnie.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Promienie Röntgena w chirurgii polowej zastosowali pierwsi Włosi w r. 1896, potem Küttner w wojnie grecko-tureckiej i tenże w wojnie boersko-angielskiej. Autor podaje szczegółowy opis urządzenia rentgenowskiego, jakiem każdy szpital polowy powinien być zaopatrzony. Prócz prześwietlań należy i fotografować, by chorych można posyłać dalej z odbitką. Prześwietlanie ułatwia i skraca ogromnie badanie i daje zaraz jasny obraz, gdzie leży kula, jak zachowują się odłamki kostne, jaki był pocisk i t. d. Prąd wytwarza dynamo-maszyna, która oświetlać może odrazu salę operacyjną. *A. Klęsk.*

Penkert. **Znieczulenie lędźwiowe w oszołomieniu morfinowo-skopolaminowem.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Celem usunięcia psychicznego wstrząsu przy stosowaniu znieczulenia lędźwiowego dołączono do niego w klinice Kröniga w Fryburgu jeszcze wstrzykiwanie morfiny ze skopolaminą podług Gaussa. Na 2—3 godzin przed operacyą wstrzykuje się co godzinę 0.01 morfiny + 0,0003 skopolaminy. Do kanału kręgowego wstrzykuje się we Fryburgu stowainę z adrenaliną w ten sposób, że do napełnionej rozczynem znieczulającym strzykawki wciąga się trochę płynu mózgowordzeniowego i wstrzykuje się tę mieszaninę. Chorym daje się ciemne okulary i zakrywa twarz niebieskiem suknem. Uszy zatyka się; następuje zaraz oszołomienie, w którem swobodnie operować można. Operowano w ten sposób 140 razy. Znieczulenie następuje po 5—7 minutach. Chorzy nie pamiętają nic z operacyi i mają się po operacyi zupełnie dobrze. Następowych nieżytów oskrzeli nie spostrzega się nigdy, bo skopolamina działa na błony śluzowe wysuszająco. Napięcie mięśni brzucha znika po wstrzyknięciu zupełnie. Z powikłań następowych spostrzegano 4 razy silne bóle głowy, występujące na 2. 5. i 10. dzień i trwające 4 dn.; w innych przypadkach (8) bóle były mniejsze. Zważyć jednak należy, że u 9 z tych chorych bóle głowy występowały także i przed operacyą. Bóle uczuwały chore w czole lub karku. Dwa razy wystąpiło chwilowe przytępienie słuchu, 4 razy pooperacyjne wymioty. *A. Klęsk.*

Brentano. **Postrzały stawów w wojnie rosyjsko-japońskiej.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 14, 1906). Autor spostrzegał w wojnie ostatniej 29 postrzałów stawów, co stanowi w jego statystyce 10 prc. ran postrzałowych wogóle. Z tego dotyczyło 4 stawu stopowego, 9 kolanowego, 3 biodrowego, 4 nadgarstkowego, 4 łokciowego, a 5 barkowego. Z tych 29 postrzałów 14 było zakażonych. Objawy kliniczne po większej części były bardzo niewyraźne, a jedynie unieruchomienie stawu, wysięk do stawu lub wypływ mazi stawowej dawały wskazówkę o postrzale stawu. Usuwano kule tylko wtedy, jeżeli leżały wolno w stawie, jeżeli wystąpiło zakażenie, lub jeżeli kula sprawiała silny ból i utrudniała ruchy; zresztą postępowano zachowawczo. Przy zakażeniach o ile możności postępowano z początku zawsze zachowawczo, ograniczając się na sączkowaniu rany. Znakomicie leczniczo działały ustalające opatrunki okienkowe. Do ustalenia używano z dobrym skutkiem obok gipsu jako pomocniczego czynnika liści palmowych, które mięknąą we wodzie, a potem dają się modelować na kończynie i wysychając przyjmują kształty kończyny. Amputacye i resekcye wykonywano wyjątkowo i to jedynie przy ranach stawu biodrowego. W razie silnego ropienia wykonywano szerokie nacięcie i zakładano ustalające opatrunki z okienkami. Wszyscy zranieni wyzdrowieli. *A. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. H. Sellheim. **Magnes jako środek pomocniczy rozpoznawczy i leczniczy w ginekologii.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1906, Nr. 11). W przypadkach trudniejszych do rozpoznania znikają niekiedy wszelkie wątpliwości, skoro się uda na pewno wybadać dno macicy. Nierzadko rozstrzyga te niepewności dopiero laparotomia, podczas której również dno macicy służy za punkt oryentacyjny. Sprawa ta nasunęła S. pomysł wprowadzania pręcika z miękkiego żelaza aż na dno macicy i zadziałania nań odpowiednio silnym elektromagnesem od powłok brzusznych, przez co dno macicy zostaje zbliżone do przedniej ściany brzusznej i uwidocznione. Wraz z ruchami magnesu wykonuje wówczas zazwyczaj dno macicy ruchy w odpowiednim kierunku, co może również dostarczyć szczegółów, ważnych do rozpoznania. W razie silnego tyłozgięcia macicy należy magnes zbliżyć więcej do dna, aniżeli do części pochwowej macicy, co natrafia niekiedy na trudności, lecz zazwyczaj udaje się po dźwignięciu dna za pośrednictwem leżącego w macicy pręcika, albo przy pomocy palca od strony odbytnicy lub pochwy. Siły magnesu można użyć dalej do bardzo wygodnego i szybkiego odprowadzenia macicy tyłozgiętej wolnej, jeżeli odprowadzenie zupełnie znanymi sposobami z jakichkolwiek powodów się nie udaje, lub jest trudne. Wreszcie nadaje się siła magnesu do uruchomienia macicy, otoczonej zrostami i do wyprowadzenia jej z fałszywych położeń, przyczem uderza odrazu wyższość magnesu ponad miesieniem ręcznem, zarówno ze względu na chorą, jak i na lekarza. Czas i siłę pociągania łatwo regulować przez dowolne przerywanie i nasilenie prądu. Pręcik, wprowadzony do macicy, ma kształt pręcików Hegara, grubość 5—8 mm., długość zaś różną, stosownie do przypadku; przy końcu pochwowym znajduje się tarcza mosiężna, przeszkadzająca wśliznięciu się pręcika w głąb, jakoteż uszko, przez które przeprowadza się nitkę dla wygodnego wydobycia pręcika. S. używał magnesu, przeznaczonego do wydobywania odłamków żelaza z oka. Inne szczegóły w oryginale. (Rysunki). *B. Wojciechowski.*

V. Rubeska. **Włókniak zwapniały w przegrodzie odbytniczo-pochwowej jako przeszkoda porodowa.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1906, Nr. 11). Pierwotne nowotwory w tem miejscu należą do rzadkości. Kobieta 30-letnia; 1. poród siłami przyrody, płód żywy; 2. kleszczowy, pł. ż.; 3. siłami przyrody, płód nieżywy; 4. kleszczowy, pł. ż. Lekarz stwierdził wówczas guz. Pod koniec 5. ciąży zgłosiła się chora, za radą lekarza, do jednej z klinik, gdzie wywołano poród przedwczesny, ukończony wymóżdżeniem główki następującej. Obecnie koniec 6. ciąży. Miednica prawidłowa, cz. I. Poniżej części pochwowej i poza nią guz twardy, wielkości pomarańczy, bez związku z macicą. Badanie przez odbytnicę stwierdza, że guz leży w przegrodzie odbytniczo-pochwowej, jest nieco ruchomy i ma cechy włókniaka. Gdy nazajutrz wystąpiły bóle porodowe i ujście rozwarło się na dłoń, wyłuszczył R. guz, po strzałkowem nacięciu ściany po-

chwy, prawie zupełnie na tępo. Mały otworek w otrzewnej natychmiast zamknięto. Szew katgutowy. Po godzinie odpłynęły wody, a w kwadrans później urodził się płód żywy, 2850 gr. ważący. Szew wytrzymał. Połóg prawidłowy. Guz, na przekroju jednostajnie zbity, zawierał, jako składniki nieorganiczne (Horbaczewski) fosforan i węglan wapna i ślady węglanu magnowego. Po odwapnieniu pozostała współśrodkowa budowa włóknista. Jest to przypadek wyjątkowy ze względu na przeszkodę porodową. *B. Wojciechowski.*

K. Reifferscheid. **W sprawie wskazania i techniki pubiotomii.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1906, Nr. 12). Granice, jakie zakreśla Stoeckel dla pubiotomii (t. j. sprzężna prawdziwa 8 cm. przy płaskiej, a 8·5 przy ogólnie ścieśnionej miednicy), uważa R. za zbyt ciasne. Mamy już sporą liczbę przypadków, operowanych przy znacznie mniejszych rozmiarach, dochodzących nawet do 6 cm., w których operacya nie zawiodła. W przytoczonych przez R. dalszych własnych siedmiu przypadkach pubiotomii schodził wymiar sprzężnej prawdziwej cztery razy poniżej 8 cm. Zarówno doświadczenia, zdobyte na żywych, jak i na zwłokach, które R. również przytacza, świadczą o równym stopniu powiększenia się wymiarów miednicy po symfizyotomii i pubiotomii, pod warunkiem atoli, że przy pubiotomii pamięta się o przecięciu silnych niekiedy więzadeł, biegnących przy dolnym brzegu i przy przedniej ścianie kości. R. uważa pubiotomię za operacyę, odpowiednią jeszcze przy sprzężnej prawdziwej 7, a nawet może 6·5 cm. Co do strony technicznej, nie przywiązuje R. większego znaczenia do tego, czy igłę wprowadza się od góry, czy od dołu. Badania Tandlera dowodzą, że zupełne ominięcie ciała jamistego łechtaczki jest niemożliwe, a nawet gdyby się to wśród piłowania udało, to musi powstać przedarcie jego w chwili rozstępu kości. Postępowanie podskórne ma niewątpliwą wartość ze względu na zmniejszenie niebezpieczeństwa zakażenia rany. Nadzorowanie ruchów igły palcem od pochwy zupełnie wystarcza. R. podaje rysunek własnej igły, w której uszku znajduje się haczyk, o który zaczepia się oczko piłki Gigliego. Niebezpieczeństwu rzeczywistemu, t. j. przedarciu pochwy i wytworzeniu się komunikacyi jej z raną kostną należy zapobiegać, o ile pochwa jest wązka, przez wydatne nacięcia międzykrocza. Znieczulenie lędźwiowe przy pubiotomii wystarcza. *B. Wojciechowski.*

F. Turán. **Próba sposobu Biera przy przewlekłym nieżycie macicy.** (*Zentr. f. Gyn.*, 1906, Nr. 12). Krótki cewnik maciczny, którego część maciczna posiada duże szczeliny, wprowadza T. do macicy i łączy zapomocą drenów z pompką. W odległości 6—7 cm. od końca posiada cewnik metalową płytkę, zapobiegającą zbyt głębokiemu wśliznięciu się narzędzia. Działanie ssące stosuje T. przez 5—20 minut, a stopień ujemnego ciśnienia ocenia na razie siłą oporu tłoka strzykawki, w przyszłości jednak połączy narzędzie z manometrem. T. leczył w ten sposób cztery przypadki niepowikłanego uporczywego nieżytu macicy i uzyskał we wszystkich znakomitą poprawę. Posiedzenia odbywał co drugi dzień, razem w ilości 20—22, z przerwą podczas regularności (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

J. Starzewski. **O zakażeniu ciążowem.** (Część pierwsza, ogólna). (*Tyg. lek.*, Nr. 10, 11, 12. 1906). W płodzie, rozwijającym się w łonie matki, odbywa się bezustannie wymiana materyi. Autor zastanawia się nad dalszym losem końcowych wytworów wymiany materyi w jaju, które nazywa „wydaliną jaja płodowego“. Wydalina ta, dostawszy się do krążenia matki, krąży tak długo, dopóki nie zostanie przez narządy wydzielnicze ze krwi wyłowioną i na zewnątrz z wydzieliną tych narządów wydaloną, albo dopóki nie zostanie zniszczoną przez antytoksynę, wytworzoną w tym celu. Zanim to jednak nastąpi, styka się wydalina jaja płodowego z wszystkiemi tkankami ciężarnej; wpływ, który na nie wywiera, uwidacznia się objawami klinicznymi, znamiennymi dla ciąży, które autor nazywa „zakażeniem ciążowem“, i dzieli je: a) na zakażenie fizyologiczne i b) patologiczne. Objawy fizyologicznego zakażenia ciążowego są znane pod mianem domyślnych objawów ciąży. Z punktu widzenia nauki o zakażeniu ciążowem wydaliny jaja płodowego działają pobudzająco na wszystkie tkanki ustroju ciężarnej i potęgują ich energię życiową. Cały układ nerwowy ciężarnej okazuje szczególniejszego rodzaju zbiór objawów nieprawidłowych o pewnym dla zakażenia ciążowego znamiennym typie. I tak w sferze psychicznej: zwidywania, zmienne usposobienie, stany przygnębienia i podniecenia umysłowego, narządy zmysłowe okazują niestałe i zmienne idyosynkrazye, przeczulica, parostezye; w układzie naczynio-ruchowym: zaczerwienienie i bladość skóry, jej obrzęk i odcień liliowy; w narządach gruczołowych: wzmocnione wydzielanie śliny, potu etc. Wydzieliny jaja płodowego działają na gruczoły bezpośrednio, na ich tkanki, i pośrednio, na ich nerwy. St. zaznacza, że te objawy zakażenia ciążowego, które dla rozwoju ciąży i dla ciężarnej są pomyślne, utrzymują się do końca ciąży, niepomyślne znikają już od końca czwartego miesiąca. Jako przyczynę ustąpienia ujemnych objawów zakażenia ciążowego trzeba przyjąć wytworzenie przez ustrój ciężarnej jakiegoś ciała, które zachowując się podobnie, jak antytoksyny innych zakażeń, zobojętnia szkodliwe dla ustroju składniki wydaliny jaja płodowego. Działaniem antytoksyny tłómaczy autor ustąpienie objawów zakażenia mimo wzrostu płodu. Granicy między fizyologicznem a patologicznem zakażeniem ciążowem właściwie niema, mówić można tylko o zakażeniu, przebiegającem dla ciężarnej szkodliwie i nieszkodliwie. St. rozróżnia trzy typy patologiczne zakażenia ciążowego: I. typ najlżejszy, o nasileniu objawów gwałtowniejszem, niż przy zakażeniu fizyologicznem; II. typ cięższy, znamionuje się zmniejszoną zdolnością wytworzenia przez ustrój antytoksyny; tu należą rozmaite postacie chorobowe (*psychosis*, *ptyalismus*, *hyperemesis*, *atrophia hepat. acuta*, *diabetes*, *nephritis gravid.)*; III. typ, najcięższa postać zakażenia patologicznego; rzucawka (*eclampsia*). *Ow.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. R. Kraus i O. Kren. **O wywołaniu gruźlicy skóry przez szczepienie u małp.** (*Akad. umiejęt. w Wiedniu.* T. CXIV., 1905, cz. 3.). Szczepienia podskórne jadu kiłowego u małp pozwoliły autorom stwierdzić zajmujące szczegóły co do przeszczepialności gruźlicy. Po zaszczepieniu jadu kiłowego na małpę jawańską (*macacus rhesus*) powstała w kilkanaście dni wysypka guzkowa, pokryta silnie przylegającym strupem. Wykwity te sprawiały wrażenie drugorzędnych objawów kiły, które nie zdarzają się u małp niższych, dlatego autorowie szukali krętków kiłowych, wynik jednak był ujemny. Równocześnie przeszczepili guzki na dwie małpy, u których w 16—20 dni po szczepieniu powstało na łukach oczodołowych zaczerwienienie, naciek skóry, a wreszcie i strupy na powierzchni. Autorowie, sądząc z czasu pojawienia się i z wejrzenia zmian, myśleli znowu o kile. Dla pewności nietylko badano co do krętków, ale wycięto zmianę dla badania histologicznego. Zachowanie się zmiany po wycięciu guzków, brak doraźnego gojenia się, a pozostanie nacieku w skórze, rozszerzanie się, obrzęk gruczołu podszczękowego, a wreszcie i gruczołu przyusznego — obok nieznalezienia krętków, nasunęło autorom na myśl inną chorobę, a nie kiłę. Przy badaniu histologicznem gruczołu chłonnego, jak i przyusznego, znaleziono ogniska serowate, zawierające prątki gruźlicze, stwierdzone także przez szczepienie na królikach. Zmiana pierwsza zatem, z której zaszczepiono dwie małpy, była gruźlicą, a nie kiłową. Autorowie zakreślają szerokie ramy dla dalszej pracy: doświadczenia mają prowadzić w kierunku wywołania gruźlicy czystemi hodowlami, dalej stwierdzić, jak się będą zachowywać różne rasy prątków (gruźl. ludzka, bydła, ptaków) itd. W obecnej pracy stwierdzają tylko, że szczepienia z różnych zmian gruźliczych dają wynik dodatni i jednakowy u wszystkich zwierząt. W pierwszych dniach po zaszczepieniu niema zmian ani żadnego odczynu, dopiero w 15—30 dni potem powstaje naciek w skórze, wielkości grochu. W następnych dniach naciek ten rozszerza się i pokrywa drobnym strupem, naśladując pierwotny objaw kiłowy. W końcu wejrzenie zmiany różni się nieco zależnie od tego, czy zmiana rozszerza się w ciągłości, czy drogami chłonnemi. Zmiana taka może trwać kilkanaście miesięcy, nie uogólniając się wcale, gdyż u szczepionych małp (6) nie zauważono zboczeń w narządach wewnętrznych. W końcu opierając się na badaniach histologicznych, stwierdzają K. i K., że wywołane przez szczepienie zmiany nie miały cech gruźlicy doświadczalnej u człowieka (*Leichentuberkel*), ale były najpodobniejsze do tocznia skóry (*lupus vulgaris*). *Krzyształowicz.*

Brandweiner. **Przyczynek do poznania budowy histologicznej grzybicy guzowej** (*mycosis fungoides*). (*Dermat. Zeitschr.* 1906. T. XII, Z. III). Przypadek autora dotyczył 50-letniego kupca, u którego już w 20-tym roku życia zaczęło się cierpienie. Zmiany chorobowe w postaci świeższych i starszych wykwitów guzkowych jasno- lub ciemno-czerwono zabarwionych, blizn i przebarwień (pigmentacyi) zajmowały prawie całe ciało z wyjątkiem skóry rąk, stóp i części rodnych. Guzki, pokryte drobnemi łuskami, łatwo odpadającemi, tworzyły, łącząc się w grupy, nacieki ograniczone, wielkości korony, na powierzchni owrzodziałe i pokryte brunatnymi strupami. Te owrzodzenia, trwając dłuższy lub krótszy czas, w końcu goiły się, pozostawiając białe blizny. Chory pozostawał w opiece B. przez $2^1/_2$ roku. Na kilka miesięcy przed śmiercią rozwinęły się objawy mózgowe w postaci silnych bólów głowy, zadumy, hipochondryi i choroba oka prawego, a mianowicie zanik nerwu ocznego, zapalenie tęczówki i wreszcie jaskra. Przy sekcyi znaleziono w obu półkulach mózgu liczne guzy różnej wielkości, które uznano za przerzuty mózgowe choroby skórnej. Drobnowidowo stwierdzono w naciekach i guzkach, na skórze się znajdujących, następujące szczegóły: w warstwie podbrodawkowej znajdują się główne zmiany w otoczeniu naczyń, polegające na nagromadzeniu

komórek okrągłych, należących do typu limfocytów; w dalszej odległości od naczyń znajdują się komórki, różniące się od limfocytów wielkością i silniejszym rozwojem plazmy, jakoteż komórki podłużne albo różnokształtne z wypustkami i jądrem okrągłem lub podkowiastem płatowem. Obok tych komórek, stanowiących główną część składową nacieków, znajdują się jeszcze komórki o jądrze mniej wyraźnem, owalnem. Pomiędzy temi komórkami widać wyraźnie siatkę łącznotkankowych włókien. W utkaniu przerzutów mózgowych stwierdzono oprócz tychsamych składników jeszcze dwa inne rodzaje komórek, a mianowicie komórki duże, okrągłe, ziarniste, które autor uważa za komórki tłuszczowe i komórki różnokształtne o plazmie, silnie barwiącej się eozyną. Za niezwykłe objawy w przytoczonym przypadku należy uważać obok bardzo długiego przebiegu choroby łuszczycowatą postać zmian na skórze i powstanie drogą naczyń krwionośnych przerzutów mózgowych, gdyż w przypadkach, dotąd opisanych, a połączonych z przerzutami mózgowymi, wychodziły one z opony twardej, powstając drogą naczyń chłonnych.

Stopczański.

Gierke. **O rozmieszczeniu i stosunku krętków do narządów noworodków kiłą wrodzoną dotkniętych.** (*Münch. medicinische Wochenschrift*, 1906, Nr 9). Badania etyologii kiły znacznie postąpiły, odkąd zaczęto znajdować krętki nietylko w wydzielinie zmian pierwotnych kiłowych, ale i w tkance rozmaitych narządów wewnętrznych. Autor w tym celu zastosował metodę Levaditiego impregnowania materyału przetworami srebra, a jako odbarwiacza użył kwasu pyrogalusowego. Do badania użyto materyału ze zwłok niemowląt, zmarłych z powodu kiły wrodzonej, i to nietylko ze zwłok świeżych, ale i z preparatów, przechowywanych w formalinie przez czas dłuższy. Badając na krętki skrawki z rozmaitych narządów, szczególniejszą uwagę zwracał autor na stosunek ilości krętków do nasilenia zmian chorobowych. Im zmiany te były świeższe, a więc w postaci ognisk zapalnych komórkowych, tem więcej znajdowano krętków. Największą ilość znajdował autor w wątrobie i to głównie w komórkach wątrobnych. Co do innych narządów, to znajdował także większą ilość krętków prawie w każdym przypadku w nadnerczu, chociaż nigdy nie spotykał wybitnych zmian kiłowych w tym narządzie. W nerkach również znajdował dość liczne krętki przy braku zmian wybitnie kiłowych. W przysadkach kości długich badanie metodą Levaditiego z powodu niemożności barwienia odwapnianych preparatów dało wynik ujemny. Wogóle znajdował autor krętki w narządach o budowie gruczołowej (wątroba, nerka, nadnercze i trzustka), we krwi natomiast spotykał krętki bardzo rzadko, chociaż prąd krwi należy uważać za przenośnik i rozsadnik krętków w narządach wewnętrznych.

Stopczański.

M. Joseph. **O świądzie odbytu.** (*Wiener klin. ther. Woch.*, 1906, Nr 9). Lecząc bardzo wiele przypadków świądu odbytu, przekonał się autor, że o wiele częściej cierpienie to zdarza się u mężczyzn, niż u kobiet, w wieku średnim od 25—40 lat. W wielu przypadkach tego cierpienia nie można wykryć przedmiotowo przyczyny, wywołującej swędzenie, albowiem wyprysk, towarzyszący zwykle temu cierpieniu, jest tylko objawem następowym świądu, powstałym wskutek drapania. Rzadkie są przypadki świądu odbytu, w których jako przyczynę świądu można wykryć żylaki lub dżdżownice *(ascaris lumbricoides)*. Przy leczeniu świądu starał się J. wyleczyć najpierw wyprysk, a następnie dopiero starał się o usunięcie świądu. Używanie ortoformu przy leczeniu wyprysku, powstałego na tle świądu, uważa autor za szkodliwe, gdyż ortoform w tych przypadkach silnie drażni skórę, nieraz nawet wywołuje pęcherze. W wielu przypadkach wymywanie okolicy odbytu po każdym stolcu roztworem sublimatu w stosunku 1:1000 przynosi chorym znakomitą ulgę. Jako środki łagodzące świąd i zarazem osłaniające chorą powierzchnię skóry stosował autor bromokol w cieście cynkowo-glicerynowem i eugoform, t. j. połączenie gwajakolu z formaliną. Szczególniej przy stosowaniu eugoformu osiągnął autor bardzo dobre wyniki nawet w bardzo uporczywych przypadkach świądu.

Dr. Stopczański.

OKULISTYKA. S. Loria. **Badania nad widzeniem obwodowem. (Über das periphere Sehen).** (*Zeitschr. f. Psych. und Phys. der Sinnesorgane* 1905, T. 40). W doświadczalnej pracy, wykonanej w krakowskiej pracowni psychologicznej Heinricha, dochodzi autor do następujących wyników: 1) akomodacyjne nastawienie oka na odległości obokosiowe (paraksialne) jest jednoznacznie określone położeniem przedmiotu bocznego, a niezależne (wbrew twierdzeniom dawniejszym) od odległości punktu fiksacyjnego, na który jedynie kieruje się gałka oczna. 2) Oko jest obokosiowo silnie krótkowzrocznem. 3) Szerokość akomodacyjna maleje z kątem obokosiowego nastawienia. 4) Dla każdego stanu soczewki można w płaszczyźnie poziomej znaleźć linię (w przestrzeni zatem powierzchnię), która jest zbiorem punktów, wyznaczających położenie przedmiotów, dających względnie najdokładniejsze obrazy na siatkówce (linia akomodacyjna). Dwie takie linie, z których jedna odpowiada największemu spłaszczeniu, druga największemu wypukleniu soczewki, ograniczają całkowite pole akomodacyjne oka. 5) Granice pola akomodacyi zależą od własności oka. 6) Jeśli na rozmaitych punktach linii akomodacyjnej ustawimy na osi i obok osi przedmioty, to przedmioty te będą równocześnie najdokładniej widziane.

Dr. Blassberg.

Rollet. **Nowy sposób blefaroplastyki** (*blépharoplastie à tiroir*) **w przypadkach raka powiekowego.** (*Rev. gén. d'opht.* Nr. 2, 1906). W przypadkach raka powieki dolnej, gdzie koniecznem jest usunąć całą powiekę, używa autor od szeregu lat następującej plastyki. Powiekę wraz z nowotworem odcina dwoma cięciami, przebiegającemi pionowo od obu kącików oka ku dołowi, przechodzącemi przez całą grubość powieki. Oba te cięcia przedłuża prostolinijnie ku dołowi poza łuk podoczodołowy, przecinając już jednak samą tylko skórę. Następnie odcina powiekę cięciem poziomem, przebiegającem wyżej lub niżej, zależnie od rozmiarów nowotworu. Prostokątny płat skórny poniżej odciętej powieki oddziela od tkanki podskórnej i naciągnąwszy przesuwa tak, aby górny brzeg jego znalazł się na wysokości dawnego brzegu powieki; w tem położeniu przytwierdza płat zapomocą szwów stalowych. W niektórych przypadkach dla wytworzenia podszewki spojówkowej przeszczepia autor jeszcze błonę śluzową z jamy ust.

K. W. Majewski.

Hauke. **Okrężny ropień rogówki i jego znaczenie.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1905, Nr. 6). Na podstawie swych badań klinicznych i doświadczalnych dochodzi autor do następujących wniosków. Okrężny ropień rogówki jest zmianą na tle zakaźnem, polegającą na obumarciu środkowej części rogówki, która się otacza naciekiem ropnym w postaci pierścienia. Ropień taki powstaje najczęściej po zranieniach, może jednak także powstać na drodze przerzutu. Czynnikiem wywołującym są jady drobnoustrojów, które w przedniej komorze bujnie się rozwijają i wywołują martwicę rogówki. Autor stwierdził, że mikrobem, wywołującym pierścieniowaty ropień rogówki, jest prątek, zbliżony do *bacillus proteus fluorescens.*

K. W. Majewski.

Erdman. **W sprawie wrzodów rogówki, wywołanych przez prątki dwoiste i badania nad odpornością tych mikrobów na wysychanie.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1905, T. LIII, Nr. 5). W pierwszej części pracy zestawia autor 340 przypadków zapalenia spojówki, wywołanego przez prątki dwoiste, spostrzeganych w rostockiej klinice okulistycznej w ostatnich 5 latach na ogólną liczbę 14 800 chorych. 30 razy zajęta była także rogówka, z tego 15 przypadków w ostatnim roku, a wśród nich, w przeciwieństwie do lat poprzednich, znajdowały się bardzo złośliwe wrzody. W celu badania co do diplobacylów usuwał autor naprzód wierzchnią warstwę owrzodziałego nacieku zapomocą dłutka platynowego, a następnie brał cząstki z dna wrzodu. Postępował tak, przekonawszy się wielokrotnie, że powierzchowne warstwy wrzodu wcale bakteryi nie zawierały i że obecność diplobacylów można było stwierdzić tylko w najgłębszych częściach nacieku. O bujnem rozmnażaniu się tych mikrobów w samychże owrzodzeniach rogówki świadczy to, że znajdowały się one nierównie obficiej w naciekach rogówkowych, aniżeli w wydzielinie spojówkowej. Znaczenie chorobotwórcze diplobacylów dla powstania owrzodzeń nie podlega, zdaniem autora, żadnej wątpliwości. Udało mu się też przez zaszczepienie hodowli ósmego pokolenia diplobacylów z glicerynowego agaru do zdrowego worka spojówkowego, wywołać u człowieka typową *conjunctivitis diplobacillosa*; do powstania owrzodzeń oczywiście nie dopuszczono. Diplobacyle dostają się zwyczajnie do oka z powietrza wraz z pyłkami kurzu, lub przez bezpośrednie przeniesienie zapomocą zanieczyszczonych przedmiotów. Autor przekonał się, że diplobacyle, zebrane z wydzieliną śluzową spojówki na płatku lnianego płótna zachowują do 14 dni swą zdolność rozwoju, która ginie jednak już po siedmiu godzinach, jeśli mikroby pozbawione są tej śluzowej osłony. Oprócz zdolności rozwoju badał autor także stopień jadowitości diplobacylów, zawartych w wyschniętej na płatku lnianym wydzielinie spojówkowej, przenosząc ją na zdrową spojówkę sobie i kilku swoim kolegom. Doświadczenia te dowiodły, że wysuszone bakterye zachowują swą jadowitość przez czas około 50 godzin. Ze łzami mogą diplobacyle dostać się do jamy nosa, poczem wydzielina z nosa, przeniosiona zapomocą chustki, może wywołać zakażenie spojówki.

K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Pyrenol poleca F. Walther (*Therap. Neuheiten* 1906, Nr. 3) jako środek wykrztuśny, uspokajający, przeciwgorączkowy i przeciwgośćcowy. Na ciśnienie krwi i tętno nie wywiera pyrenol wpływu niekorzystnego, właściwego prawie wszystkim przetworom salicylowym, a przeciwnie okazuje działanie wzmacniające i podniecające. Przewód pokarmowy nie cierpi nawet przy dłuższem używaniu pyrenolu, apetyt poprawia się. Wogóle brak zupełnie szkodliwych działań ubocznych. Najwybitniejszym jest wpływ korzystny na dychawicę. Wydzielina zmniejsza się, napady stają się słabsze, niekiedy ustają. Pyrenol zmniejsza również napady krztuśca i skraca trwanie tego cierpienia. Bardzo dobre skutki widuje się także w grypie i następowem włóknikowem lub nieżytowem zapaleniu płuc na tle grypy, przy ostrych nieżytach oskrzeli i durze brzusznym. Tu występuje na jaw także działanie znieczulające i przeciwgorączkowe. Łatwa rozpuszczalność pyrenolu sprawia, że nadaje się on do leczenia gośćca mięśniowego i stawowego, dny, a w większych dawkach także nerwobolów. Wspomniane na początku zalety zezwalają na stosowanie tego środka także przy chorobach serca i stwardnieniu tętnic, a przy nerwicach serca spostrzegał nawet W. wpływ korzystny. Pyrenol zapisuje się w proszku, roczynie lub kołaczykach. Dawka średnia dla dorosłych trzy razy dziennie po 0·5—1·0 gr. Przy zapaleniu płuc i durze co 3 godziny 0·5, dla dzieci połowa, dla osesków $^1/_4$ tej dawki. Pyrenol podawać należy w płynach zimnych (nie gorących), jak herbata, kawa, mleko, kakao, woda z sokiem malinowym i t. p.

Hr.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Tow. dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 8/21 listopada 1905.

Obecnych członków 23, gość 1.

Posiedzenie zagaił wiceprezes prof. dr. St. Zaleski przemówieniem do prezesa dr. Strawińskiego z powodu jubileuszu 35-letniej społeczno-lekarskiej jego działalności i wręczeniem mu grupy fotograficznej członków Koła.

Protokoły 2 poprzednich posiedzeń przyjęto.

Zebranie przechodzi do rozejrzenia projektu ustawy »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, opracowanej przez prof. dr. St. Zaleskiego. Po omówieniu §§ 1—5 posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie w dniu 15/28 listopada 1905.

Obecnych członków 15, gości 2.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Na wniosek prof. dr. Tomaszewskiego zebranie uchwala wysłać do komitetu zjazdu delegatów ziemstw i miast w Moskwie dziękczynną depeszę z powodu rezolucyi zjazdu w sprawie Królestwa Polskiego.

III. Na wniosek doc. dr. Witolda Orłowskiego zebranie uchwala przesłać życzenia dr. Wł. Biegańskiemu z powodu 25-lecia jego lekarskiej działalności.

IV. Po rozpatrzeniu §§. 6—14 projektu ustawy »Związku« posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie w dniu 13/26 grudnia 1905.

Obecnych członków 11, gość 1.

I. Obrano w poczet członków drów Drusiewicza i Rodziewicza.

II. Rozpatrzono §§ 15—29 projektu ustawy »Związku«.

III. Na wniosek prof. dr. Ziemackiego uchwalono przesłać życzenia wileńskiemu Tow. lek. z powodu 100-letniego jubileuszu.

Posiedzenie w dniu 20 grudnia 1905 (2 stycznia 1906).

Obecnych członków 14.

Rozpatrzono §§ 30—48 projektu ustawy »Związku«.

Posiedzenie w dniu 3/16 stycznia 1906.

Obecnych członków 20.

I. Dr. Zenon Orłowski wygłasza odczyt pod tytułem: **Przyczynek do sztucznej miażdżycy tętnic.** (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«). Odczyt był objaśniony preparatami makro- i mikroskopowymi.

W dyskusyi prof. dr. St. Zaleski podnosi brak w badaniach prelegenta, mianowicie pominięcie strony chemicznej; nie jest więc wyłączonem, że adrenalina może wywoływać takie zmiany w składzie krwi, które sprzyjają odkładaniu się wapna w naczyniach. Brak złogów wapna w naczyniach włosowatych, których ścianki są bardzo delikatne, i w tętnicach obwodowych przemawia przeciwko przyczynowemu związkowi zmian w tętnicy głównej ze wzmożonem ciśnieniem krwi. Dr. Z. Orłowski podkreśla, że zmiany występują tylko w tętnicy głównej i w odżywczych naczyniach naczyń. Erb co prawda znalazł 2 blaszki zwapniałe w tętnicy nerkowej. Dr. Strawiński zauważa, że jeśli zmiany w naczyniach zależą od wzmożonego parcia krwi, trzeba oczekiwać ich również w naczyniach mózgowych, których ścianki są delikatne. Dr. Z. Orłowski odpowiada, że to przypuszczenie sprawdza się; Erb naprz., znajdował pęknięcie naczyń mózgowych, Fischer tętniaki; jeden z królików prelegenta uległ po 5—10 wstrzykiwaniach adrenaliny obustronnemu porażeniu tylnych kończyn; niestety sekcya nie została dokonaną.

Na posiedzeniu administracyjnem:

I. Odczytano ostatecznie i zatwierdzono ustawę »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«; przełożenie ustawy na język polski polecono prof. dr. St. Zaleskiemu.

II. Na wniosek sekretarza doc. dr. Wit. Orłowskiego uchwalono przesłać ustępującemu redaktorowi »Przeglądu lek.« dr. Kwaśnickiemu podziękowanie za ogłaszanie w »Przegl. lek.« protokołów Koła.

III. W poczet członków Koła obrano dr. Fiedorowicza.

Posiedzenie doroczne 24 stycznia (6 lutego) 1906.

Obecnych członków 23.

I. Protokoły z 3 poprzednich posiedzeń odczytane przyjęto.

II. Dr. Sowiński przedstawia przed porządkiem dziennym 8-letniego chłopca z różyczką kiłową, grudkami naokoło odbytu i na prąciu, zwiększonymi gruczołami w pachwinach i stwardnieniem pierwotnem w odbycie; otwór odbytu rozciąga się nadzwyczaj łatwo i jest nader duży; zakażenie nastąpiło w następstwie wprowadzenia do odbytu prącia przez 9-letniego chłopca (?), jak twierdzi chory. Na podstawie tego spostrzeżenia, jak również spostrzeżeń, ogłoszonych w piśmiennictwie, mówca przypuszcza, iż pozornie dziedziczna kiła jest nieraz w istocie nabytą w dzieciństwie. W dyskusyi przemawiał prof. dr. St. Zaleski.

III. Sekretarz doc. dr. W. Orłowski składa sprawozdanie za rok ubiegły, z którego wynika, że na początku roku Koło liczyło 128 członków, w ciągu roku umarło 2, nowych przystąpiło 7, obecnie więc Koło liczy 133 członków. Ogólnych posiedzeń w roku ubiegłym Koło odbyło 11, z tych jedno doroczne, 5 naukowo-administracyjnych i 5 wyłącznie administracyjnych. Średnio bywało na posiedzeniach członków 16; największą liczbę członków (27) zebrało posiedzenie, poświęcone sprawie przeistoczenia się »Opieki lekarskiej« na samodzielny »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«. W obradach nad odczytami brało udział 12 członków. Odczytów było 11, w tej liczbie 10 przez 7 członków Koła. Większości odczytów towarzyszyły demonstracye nowszych przyrządów, chorych, wreszcie preparatów makro- i mikroskopowych. Na posiedzeniu 27/X (9/XI) Koło, mając na względzie manifest Najwyższy z d. 17/30 października, uchwaliło przeistoczyć się na odrębne Towarzystwo pod mianem »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«. Na 4 następnych posiedzeniach Koło rozpatrywało projekt ustawy »Związku«, po pewnych zmianach ustawę ostatecznie przyjęto na posiedzeniu 3/16 stycznia 1906.

IV. Skarbnik dr. Wierciński składa sprawozdanie kasowe, z którego wynika, że dnia 1/14 stycznia 1905 r. było w kasie 808 rb. 78 kop., w ciągu roku przybyło 349 rb. 18 k., wydano zaś 116 rb. 45 k., zatem 1/14 styсznia 1905 r. fundusz Koła wynosił 1,041 rb. 51 k.

V. Komisya kontrolująca stwierdza, że znalazła rachunki w porządku.

VI. Po odczytaniu i przyjęciu sprawozdań rocznych przystąpiono do wyborów Zarządu na rok 1906; wybrani zostali prezesem dr. Strawiński, wiceprezesem prof. dr. St. Zaleski, sekretarzami: I-szym doc. dr. W. Orłowski, II-gim dr. Uliński, skarbnikiem dr. Wierciński, bibliotekarzem dr. Orłowski, na członków doradczych powołani zostali: prof. dr. Ziemacki, prof. dr. Raczyński, dr. Wolański i dr. A. Karnicki; na kandydatów do Zarządu: dr. Z. Orłowski, dr. Sowiński i prof. dr. Szawłowski; do komisyi kontrolującej dr. Białobłocka, dr. Wilamowski i dr. W. Kozłowski.

VII. W poczet członków Koła obrano dr. Jastrzębskiego.

VIII. Odczyt doc. dr. W. Orłowskiego pod tytułem: **Chlorek barowy jako środek sercowy** odłożono wobec późnej pory na posiedzenie następne. Sekretarz: *Witold Orłowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 1 do 7 kwietnia 1906 zgłoszono przypadków: błonicy 8, krztuśca 1, ospy 1, płonicy 3, odry 4, duru osutkowego 1, duru brzusznego 3 (obcy 1), nagminnego zapalenia opon 2. W tymże czasie zmarł z nagminnego zapalenia opon jeden chory.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 8 do 14 kwietnia 1906 doniesiono o nowych przypadkach ospy w 5 gminach u 7 chorych, a mianowicie w powiecie Brody (Gaje starobrodzkie 1), Chrzanów (m. Chrzanów 2, Trzebinia m. 2, Byczyna 1), Tarnów (m. Tarnów 1); duru plamistego w 27 gminach u 88 chorych, a mianowicie: Bohorodczany (Jabłonka 3), Brzeżany (Glinna 2, Chorobrów 3), Horodenka (Żuków 6), Jarosław (Leżachów 1), Jaworów (Zawadów 5, Olszanica 1, Walkaźmij 3, Siedliska 1), Myślenice (Pcim 6, Jawornik 1, Sułkowice 2), Nadwórna (Zielona 7, Cucyłów 1), Rawa (Rzeczyca 1, Biała 1), Sambor (Dorożów 4), Stanisławów (Knihynin w. 2), Stryj (Pławie 3, Wołosianka 3), Tłumacz (Bortniki 7, Targowica 3, Tłumacz m. 1), Zaleszczyki (Capowce 3), Żółkiew (Przystań 1, Turynka 16), Złoczów (Jasionowce 1); nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 22 gminach u 42 chorych.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Sąd konkursowy postanowił do nagrody im. dra Warschauera, udzielanej przez krakowską Akademię Umiejętności, przedstawić, jak donosi »*Gazeta lekarska*« (Nr. 13) dzieło dra A. Sokołowskiego z Warszawy »O chorobach płuc«.

— O dokonanych lub zamierzonych ulepszeniach w zdrojowiskach krajowych zawiera »Przewodnik kąpielowy« (Nr. 1) szereg wiadomości. I tak w Krynicy grono prywatne rozpoczęło kroki przedwstępne, aby połączyć Krynicę koleją elektryczną ze stacyą kolei żelaznej w Grybowie. To połączenie skróciłoby podróż o trzy i pół godziny i przebiegałoby przez Słotwinkę, co dla rozwoju Krynicy ma wielką wagę. Rząd rozpisał konkurs na plany nowych łazienek borowinowych i hidropatycznych w Krynicy z terminem do 15 lipca b. r. W Szczawnicy dokupiła właścicielka, Akademia Umiejętności, około dwadzieścia morgów celem rozszerzenia parku, rozpoczęto układy z Towarzystwem belgijskiem o zaprowadzenie połączenia samochodami ze stacyami dróg żelaznych, sprawiono nową pompę, zaprowadzono oświetlenie latarniami gazolinowemi, chodniki betonowe i t. p. W Zakopanem przychodzi do skutku oświetlenie elektryczne, osuszenie mokrych obszarów, założenie 20-morgowego parku publicznego; tamże powstaje od 1 maja b. r. nowy dom zdrowia dra Zdzisława Czaplickiego.

— Galicyjskie wody mineralne, i tak niezbyt rozpowszechnione za kordonem, obecnie niemal nie będą mogły tam być wywożone z powodu znacznego podwyższenia cła rosyjskiego na wody mineralne austryackie (o 35 prc.).

— Miesięcznik popularny, poświęcony walce z nikotynizmem p. t. »Życie bez tytoniu« rozpoczął wydawać dr Augustyn Wróblewski.

Lwów. Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w dniu 20 kwietnia 1906 obejmowało na porządku dziennym: 1) Dr Wilczek: Przedstawienie chorego po zupełnem zagojeniu rozległego zmiażdżenia kości czołowej; 2) Dr Nowicki: *a)* Mnogie uchyłki jelit, *b)* przedstawienie preparatów anatomiczno-patologicznych.

Warszawa. Wydział szpitali i przytułków Towarzystwa higienicznego wybrał swym przewodniczącym dra Męczkowskiego, sekretarzem dra Krauzego.

— Pamięć znakomitego chirurga ś. p. Romana Jasińskiego uczczona będzie fundacyą łóżka jego imienia w szpitalu dla dzieci, gdzie był ordynatorem. Na ten cel zebrano ze składek 3400 rb.

— Ogólny zastój ekonomiczny i piśmienniczy odbija się fatalnie na wydawnictwach lekarskich. To też »*Kronika lekarska*« (Nr. 7) nawołuje lekarzy do nieustawania w pracy naukowej i do wyrozumiałości dla pism lekarskich, przebywających obecnie ciężkie przesilenie, a zarazem przypomina dawniej już poruszaną myśl, by zamiast istniejących kilku tygodników, dwu tygodników i miesięczników stworzyć wspólnemi siłami jeden tylko organ lekarski, któryby mógł łatwiej i lepiej spełniać swoje zadanie.

— Z 40 lekarzy łódzkich, powołanych na wojnę rosyjsko-japońską, powróciło już 33 do kraju.

— Wydział zdrojowisk Warszawskiego Towarzystwa higienicznego zamierza w roku bieżącym urządzić zbiorowe wycieczki do zdrojowisk, przedewszystkiem do Buska i Solca.

— W pracowni przeciwdżumowej w Kronsztadzie ustawiono i uroczyście poświęcono 11 marca b. r. urnę z popiołami ś. p. Władysława Turczynowicz-Wyżnikiewicza, który jako kierownik tej pracowni padł ofiarą swego zawodu w styczniu 1904.

Z różnych stron. Uniwersytet w Jenie dopuścił kobiety jako słuchaczki na wydział lekarski.

— Uniwersytet w Giessen obchodzić będzie w lecie 1907 jubileusz 300-letni, a uniwersytet w Lipsku w grudniu 1909 jubileusz 500-letni.

— Uniwersytet w Bonn skazany został przez sądy wszystkich instancyi na zapłacenie 12.000 marek odszkodowania chorej klinicznej, której posługaczka podała przez pomyłkę jakiś środek trujący, nabawiając ją dłuższych cierpień.

— W Stuttgardzie otrzymywać będą ubogie dzieci szkolne ciepłe mleko na koszt miasta.

— Na wzór Francyi i Włoch utworzyli lekarze, należący do angielskiej Izby gmin, klub pozaparlamentarny dla spraw medycyny społecznej i higieny publicznej.

Mianowani: Dr. Arkövy profesorem nadzw. dentystyki w Peszcie; dr. J. Walker Hall profesorem anatomii patol. w Bristolu; doc. Klingmüller z Wrocławia dyrektorem kliniki dermatologicznej w Kiel; okuliści docenci Bielschowsky i Birch-Hirschfeld w Lipsku profesorami nadzw.;

dr. Henryk Lic starszym lekarzem powiatowym w Galicyi.

Zmarli: Dr. Ladislav Rakovac, wieloletni wielce zasłużony prezes Towarzystwa lekarzy chorwackich (Sbor liječnika kraljevina hrvatske i slavonije), członek honorowy wielu słowiańskich Towarzystw lekarskich, w 59 r. ż. w Zagrzebiu.

Dr. Józef Wokulski, b. lekarz wojskowy, w 79 r. ż. w Kielcach; dr. Julian Osmólski, lekarz powiatu łomżyńskiego w Łomży; dr. Stembo w Wilnie; prof. dr. Ludwik Kleinwächter, ginekolog w Czerniowcach.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 13. Czajkowski: O sztucznem otrzymywaniu antytoksyn. Moraczewski: Dyeta w chorobie cukrowej. Jaworski J., Starkiewicz (dok. z Nr. 12). — Nr. 14. Biernacki: Jak się żywi nasza inteligencya. Moraczewski (dok. z Nr. 13).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 15. Czyżewicz jun. i Nowicki: Typowy przypadek nabłoniaka kosmówkowego. Franke (dok. z Nr. 14).

— *Głos lekarzy* Nr. 8. Mikołajski: „Lekarze wobec wyborów do Rady państwa“ i dalszy ciąg artykułów z Nr. 7. Fels: Lwowskie Towarzystwo ratunkowe.

— *Kronika lekarska* Nr. 7. Hornowski: Omyłki dyagnostyczne. Sędziak, Giedroyć (c. d. z Nr. 6).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 4. Tarnowski: Wskazanie i rokowania przy różnych operacyach kamieni żółciowych podług spostrzeżeń ostatniego pięciolecia. Wrzosek: Znaczenie dróg oddechowych jako wrót zakażenia w warunkach prawidłowych. Gantkowski: O alkoholu.

— *Postęp okulistyczny* Nr. 3 i 4. Noiszewski: Brodawczak spojówki, przechodzący w nabłoniak i śródbłoniak. Wicherkiewicz: Niezwykle silne krwawienie spojówki powiekowej po przypaleniu jaglic.

— *Krytyka lekarska* Nr. 4. Ciąg dalszy prac Biegańskiego i Kramsztyka. — Notatki językowe.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 2. Pelczar: Zdrojowiska polskie a prasa polska. Gorski: Szczawnica, zakład zdrojowo-kąpielowy, klimatyczno-leczniczy.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 1. Z. W.: Zdrojowiska w Sejmie krajowym. — Sprawozdanie z działalności wydziału Polskiego Towarzystwa balneologicznego w r. 1905.

— *Časopis lekařův českých* Nr. 15. Mladějovský: Obtíže otylých a náhlá smrt při otylosti. Kučera: Polymyositis blennorrhoica

Semerád: Veřejné zdravotnictvi král města Ml. Boleslavi v roku čtyřiceteletého jubilea české samospravy.

— *Russkij Wracz* Nr. 11. Tarchanow: Znaczenie kwaśnego mleka prof. Miecznikowa dla zdrowia i w walce z różnemi chorobami. Kuzniecow (dok. z Nr. 10). Popow: W sprawie działania soli barowych na serce. Jakub: Pierwotny rak pochwy i jego leczenie operacyjne. — Nr. 12. Popow: Pierwotna gruźlica macicy. Tomaszewski: W sprawie leczenia przekrwieniem zastoinowem ostrych zapalnych chorób chirurgicznych. Łowieniecki i Fofanow: Przyczynek do nauki o nowotworach i torbielach trzustki z opisem 2 przypadków rozpoznania za życia raka trzustki.

— *Presse médicale* Nr. 28. Dartigues i Caraven: Nowy sposób śródotrzewnego skracania więzadeł okrągłych. Calabresse: Szmer skurczowy czystej niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Labbé: Pożywienie armii japońskiej i głównych armii europejskich. — Nr. 29. Loeper: Sprawa histologiczna w miażdżycy i stwardnieniu tętnic.

— *Semaine médicale* Nr. 15. Leczenie gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 15. Silbermark: Mechanizm nadmiernego rozciągnięcia kątnicy przy zwężeniach kiszki. Jerusalem i Falkner: O bólach porodowych i ich związku z nosem. Knautz: Ropowica gazowa po przedziurawieniu uchyłka Meckela. Browning: Aglutynacya i znikanie komplementu.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 15. Ostmann: Rozpoznawanie i leczenie zapalenia błędnika przy ostrem zapaleniu ucha środkowego. Heusner: O prowadzeniu cięć przy operacyach brzusznych. Krecke: Czy można rozpoznać ciężkie zapalenie wyrostka robaczkowego, wymagające niezwłocznej operacyi? Esch: W sprawie położniczego leczenia rzucawki. Georgi: Dwa przypadki pęknięcia śledziony. Strohe: Przegroda w tchawicy w następstwie błonicy i utrudnionej lub niemożliwej dekaniulacyi. Weissbart: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w żołądku i jelitach. Richter: O leczeniu spraw zapalnych skóry gorącemi kąpielami. Hoppe: Dwa przyrządy do badania bystrości wzroku. Sieber: Badania Fischera i jego uczniów nad syntezą polypeptydów. Hager: Najnowsze wiadomości z organoterapii.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 15. Döderlein: Nowy sposób uzyskania aseptycznych ran operacyjnych. Neumann: O znieczuleniu miejscowem w chirurgii usznej. Stern: Przedziurawienie pęcherza przy jego wyskrobaniu. Pers: O chirurgicznem leczeniu rwy kulszowej. Burmeister: Cięcie przełyku. Friedberger: W sprawie sądowolekarskiego rozróżnienia białek na podstawie sposobu hemolitycznego zapomocą odchylenia komplementu. Spengler: O dziedzicznem usposobieniu do powstawania gruźlicy płuc, jego rozpoznaniu i leczeniu. Heinemann: Uwagi epikrytyczne o przypadku szczególnych objawów nerwowych przy ogólnej gruźlicy prosówkowej. Axmann: Dalsze doświadczenia co do leczenia uviolowego i o nowym przyrządzie do naświetlania całego ciała światłem parafioletowem. Amende: Dalsze doświadczenia z lenicetem, w szczególności z 10% waseliną lenicetową. Rheinboldt: O odkażającej wartości formamintu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15. Binz: O euchininie i aristochinie przeciw krztuścowi. Rosenbach: Przykręgowe wyjawnienie przy wysiękach opłucnych (t. zw. trójkąt Garlanda). Liefmann: O odchyleniu komplementów przy sprawach precypitacyjnych. Uhlich: Przypadek ostrej osutki bromowej w chorobie Basedowa. Winternitz: W sprawie techniki hydryatycznej. Litthauer: O brzusznem skręceniu sieci i wstecznem uwięźnięciu przy istniejącej przepuklinie pachwinowej. Kutscher: Dur, woda i środki spożywcze. — Nr. 16. Bashford: Kilka uwag o metodyce doświadczalnego badania raków. Pick: Ochronoza. Schmidt: Przejściowa obustronna ślepota z utrzymanem oddziaływaniem źrenic i afazyą amnestyczną po napadzie drgawek. Cohn: W sprawie operacyi Bottiniego. Vogel: O moczeniu krwawem.

Redakcya otrzymała: Gluziński i Reichenstein: T. zw. „myeloma“ i białaczka limfatyczna. Odb. z „Tygodn. lekar.“ 1906. — Starzewski: O zakażeniu ciążowem. Odb. z „Tygod. lek.“ 1906. — Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w roku 1902. Odb. z „Przegl. hig.“ 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 25 kwietnia 1906 o godz. 6 wieczór w **Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4) z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr. Nitsch: „O wściekliźnie“. 2) Dr. Zanietowski junior: „O wyniku moich 22 prac w stosunku do najnowszych praw i zdobyczy elektrobiologii“.

SANATORYUM REKAWINKEL

pod Wiedniem (kolej zachodnia)

dla umysłowo i nerwowo chorych.

7 pawilonów z własn. ogrodami i osobn. leczeniem. 160.000 metrów kwadratowych lasu i łąk. Zupełne oddzielanie według rodzaju cierpienia. Leczenie indywidualne. Hydro- i elektroterapia. Zajęcie chorych pracą i leżalnie. Otwarte przez cały rok. 201

Lekarz naczelny: **Prof. Uniw. FRITSCH.** Właściciel: **Dr. Zygmunt WEISS.**

Najsmaczniejsze i dlatego najlepsze nowoczesne przetwory hemoglob. są

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin

Dawka 2 razy dziennie 1—2 łyżek, czysto lub z wodą, mlekiem lub winem.

Wskazania: błednica, niedokrewność, białaczka, suchoty, ozdrowienie, cierpienia nerwowe.

Cena 1 flaszki perdynamin K. 3·50.

Cena 1 flaszki — Lecithin-perdynamin K. 5·50.

Fabrykant 68

H. BARKOWSKI, Berlin, O. 27, Alexanderstrasse 22.

Zastępca na Austro-Węgry:

Mr. Camillo Raupenstrauch, emeryt. aptekarz,

Wiedeń II/1, Castellergasse 25.

Perdynamin i Lecithin-Perdynamin są idealnymi środkami nowoczesnymi pobudzającymi odżywienie z powodu ich rzeczywistej wartości, dobrego smaku i znakomitego działania.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

Prof. Dr. W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka — Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telef. Nr. 227).

a) Wody normalne zawierające składniki tylko mineralne:

Nr.	Woda normalna			hal.	Nr.	Woda normalna			hal.
I	Normalna	flaszka	3/4 l.	40	XII	Jodowa słabsza	flaszka	3/4 l.	50
II	Alkaliczna słabsza . . .	„	„	30	XIII	Jodowa mocniejsza . .	„	1/2 l.	50
III	Alkaliczna mocniejsza .	„	„	35	XIV	Bromowa słabsza . .	„	3/4 l.	40
IV	Słona słabsza	„	„	35	XV	Bromowa mocniejsza .	„	1/2 l.	40
V	Słona mocniejsza . . .	„	„	40	XVI	Żelazista	„	3/4 l.	40
VI	Alkaliczno-słona . . .	„	„	30	XVII	Arsenowa	„	1/2 l.	50
VII	Glauberska mocniejsza .	„	„	40	XVIII	Arsenowo-żelazista . .	„	„	50
VIII	Glauberska słabsza . .	„	„	30	XIX	Dyetetyczna	„	3/4 l.	40
IX	Magnowa	„	„	40	XX	Kwaskowata	„	1/2 l.	30
X	Wapniowa	„	„	40	XXI	Stołowa normalna . . .	„	3/4 l.	30
XI	Litowa	„	„	50					

b) Wody normalne zawierające salicylany:

Nr.		hal.	Nr.		hal.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata	40	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana . .	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. fortior	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata . .	40
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana . . .	40			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franko. 151

Kraków — Dębniki, ulica Pocztowa 112, tuż przy moście.

LECZNICA

Dr. Cezara KOMOROWSKIEGO

otwarta przez cały rok dla chorych stałych i przychodnich. Postępowe urządzenia, — najnowsze metody leczenia.

Zakład sztucznych kąpieli mineralnych: borowinowe (Francensbad), gazowe (a la Nauheim), solankowe, żelaziste, siarczano-mułowe (Ischl) rabczańskie, jodowe, sublimatowe, aromatyczne i t. d.

Hydroterapia wedle zasad Winternitza kap. o temp. stopn., kap. falowe, nacierania, natryski, mięsienie.

Elektro- i mechanoterapia: 81 w chor. stawów i mięśni, porażeniach, zanikach i zesztywnieniach, leczenie skrzywień kręgosłupa najn. met. KLAPP-BIERA.

Inhalatoryum zbiorowe: system termoakumalatorów i termovariatorów, inhalacye solankowo-alkaliczne, igliwiowe, guajacolowo-mentolowe, nasycanie ustroju środkami salicyl, jod, As, Fe, Hg i t. d. zawierającymi. W ostrych i przewlekłych katarach dróg oddechowych, zadyszce, duszności bolesnej, skazach o tle specyficznem.

Ambulatoryum chirurg.-ginekologiczne.

Irygacye gorące, kolpeuryza, masaż metodą Thure-Brandt.

Całodzienne utrzymanie 8 Koron, operacye i konsylia wedle umowy. — 1 kąpiel miner. 4 K. Pojedyncza inhalacya 1 K.

Zakład prowadzony tylko przez lekarzy.

Kraków — Dębniki, ulica Pocztowa 112, tuż przy moście.

Bialska Fabryka Chemiczna „BESKID"

wyrabia i poleca najnowsze w wodzie zupełnie rozpuszczalne przetwory:

Formasol „Beskid", idealne, niegryzące i przyjemnie pachnące antisepticum i znakomite desodorans.

Septosol „Beskid", antisepticum pierwszorzędne, bez śladu kwasu karbolowego, w praktyce gynekologicznej bez konkurencyi będące, nie pozbawia palców zmysłu czucia.

Kreseptol „Beskid", antisepticum i desinficiens, o znakomitem działaniu, specyalnie do grubej desinfekcyi się nadające.

Litanthrol „Beskid", bez żadnej zawartości kwasu karbolowego, jako antisepticum i desodorans niezrównany przetwór.

Viscogen „Beskid", jako viscogenum salicilicum jodatum, beta naphtoli chloroformi & camphorae aa. 33 1/3 %, chloroformi, litanthroli, chloroformi c. mentholo, salaethyli, i t. d. 228

Salaethyl „Beskid", eter metylowo-etylowy kwasu salicylowego, identyczny chemicznie z t. z. mezotanem, w stanie albo zupełnie czystym. albo jako viscogenum „Beskid" c. salaethylo.

Wazeliny lecznicze w tubach. — Każda flaszka i każda tuba z marką Towarzystwa Samopomocy Lekarzy.

Przetwory „BESKIDU" są polecone przez Komisyę Przemysłową Tow. Lek.

Cenniki i próbki W. P. Lekarzom bezpłatnie.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. **Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabycia we** wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. Wyborne jako „Stomachicum". Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. **Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki** K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: orginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 168 :

MARKA OCHRONNA E. MATULA